一五一十周刊

NO. 102
2013年04月12日

黄永明：H7N9从哪里来 ｜ 石头：万能板蓝根--安抚甚于防疫 ｜ 李迎春：公共财政应否为禽流感患者买单 ｜ 王绍光：中国公共卫生的危机和转机

H7N9

“万能”板蓝根与公共卫生危机



编者的话

SARS 爆发十年之后，又一轮瘟疫袭来。

截止 4 月 11 日，中国已确诊 38 例人感染 H7N9 禽流感病例，10 人死亡。全新的病毒，传染源不明，死亡率似乎颇高，这些惹人恐惧的特征让这一轮的禽流感疫情引发全国各方的高度戒备，各部门全天候监控。不同于十年前的 SARS 时代，H7N9 的蔓延动向迅速被各大媒体不间断报道；高危城市全城宰杀禽类，关闭活禽交易市场的新闻不绝于耳；各类对 H7N9 的起源、预防、治疗的猜测甚嚣尘上。

与 SARS 时代相同的是："神药"板蓝根重出江湖，金银花、口罩等防治药物和工具再演断货，甚至有养鸡户为抗病毒给 1800 只鸡喂食了板蓝根。人们再一次陷入对未知的恐慌。

在"万能"的板蓝根背后，是中国依然处于危机之中的公共卫生体系。本期一五一十周刊与大家一起面对禽流感，在了解病毒的同时，更尝试从公共卫生的角度一探：在 SARS 十年之后，中国各界在应对公共卫生危机时，有了怎样的变化。

周刊第一部分为此次事件做简要概述。《H7N9 从哪里来》详细解画疫情主角 H7N9 病毒。而专栏作家徐达内则梳理疫情爆发初几日各路媒体对 H7N9 的报道，为我们回顾从疫情出现到整个社会开始集体关注禽流感的全过程，特别展现了官方在此次疫情通报中的进步姿态。

在媒体报道中，"万能板蓝根"的出现再度引起大众关注和讨论，这味十年前

就被推上防治 sars 前线的中药再战江湖，到底背后存在怎样的原因？评论文章《万能板蓝根：安抚甚于防疫》在明确“医药研究证明板蓝根中的有效成分对 H7N9 禽流感病毒并没有治疗作用”的同时，指出“官僚们急于推荐这种药方，安抚意味比实效更浓。”

疫情濒临城下，除了迅速透明的通报疫情以外，政府如何应对民众的恐惧、怎样组织现有医疗资源有效支援疾病多发地区、如何处理由疫情引发的一系列社会问题，比如是否应当免费收治患者等等，仍为公共卫生系统带来巨大考验。SARS 十年，我国公共卫生领域的确在很多方面有所改进，但不变的这味“板蓝根”再又给人们敲响警钟。现在再读 2003 年王绍光教授分析《中国公共卫生的危机和转机》，让我们有机会得以查看过去 10 年中国公共卫生的危机是否已经化解，转机是否真的到来。

周刊最后奉上日本建设公共卫生体系的经验，一窥他山之石。

祝诸君健康。

1510 周刊由「我在中国」（Co-China）论坛志愿者团队制作，每周出版一期，通过网络发布，所有非一五一十部落的文章均经过作者或首发媒体的授权，期待大家的关注和建议。



目录

编者的话 2

【毒】 5

8-1 黄永明：H7N9 从哪里来 5

8-2 徐达内：媒体札记——禽流感再袭 10

8-3 石头：万能板蓝根：安抚甚于防疫 16

【惑】 20

8-4 王军：禽流感三问 20

8-5 李迎春：公共财政应否为禽流感患者买单 24

8-6 黄广明：SARS10 年改变的和未变的 26

【解】 32

8-7 王绍光：中国公共卫生的危机与转机 32

8-8 庄燕文：日本公共卫生体系及对我国的启示 67

【FMN 新闻】 75

中国出现 H7N9 禽流感疫情 75

本周法律新闻 76

朝鲜半岛局势紧张 78

本周其它重点新闻 80



将本刊分享至：











【毒】

8-1 黄永明：H7N9 从哪里来



黄永明:《南方周末》科学记者，天文专栏作家。

“

H7N9 病毒的来源尚未确定。而由于它对于人类的免疫系统来说，是一种全新的病毒，因而在鸟类身上温和的病毒到了人身上就变得十分凶险。

”



禽流感分为 HxNx 共 135 种亚型，H7N9亚型禽流感病毒是其中的一种。

1918年　H1N1

“西班牙流感”(H1N1型)爆发，是迄今最大的流感疫情，据统计全球有2000万至5000万人死亡。

1957年　H2N2

新的“重组病毒”H2N2病毒造成全球100万人死亡。

1997年　H5N1

H5N1型禽流感袭击香港是历史上第一次由鸟类感染人类的禽流感疫情。6人死亡，1500万只鸡被宰。

1998年　H9N2

H9N2禽流感病毒被发现于广东韶关、汕头。

2003年　H7N7

H7N7亚型禽流感病毒致使荷兰一名兽医死亡，80多人感染，83人染上结膜炎等轻度疾病

2004年　H5N1

H5N1再袭并波及亚洲，造成越南和泰国32人死亡，这次疫情被认为验证了候鸟传播病毒的假设。

2006 H5N2

日本至少有 77 人感染低致病H5N2型禽流感病毒，但这种病毒没有传染性。

2009年　甲型H1N1

新型变体甲型H1N1引发全球性流行病疫，约1.85万人死亡，祸及214个国家和地区。在中国，它一度被俗称为“猪流感”。

2013年3月　H7N9

H7N9禽流感病毒是全球首次发现的新亚型流感病毒，于上海和安徽两地率先发现，变异途径仍不明朗



H7N9 是一种全新的病毒，在鸟类身上表现温和，但到了人身上就变得十分凶险。

5 年前，中国科学家在完成一项禽流感研究后指出：不同病毒有在人体内发生基因重新组合的风险。这可能是最接近于对 H7 病毒发出警告的一次。

中国人对禽流感最深刻的记忆莫过于 2003 年 H5N1 蔓延亚洲。短短两年内该病毒就累计造成 60 多人死亡，160 多人受到感染和 1.4 亿只鸡被杀，几乎殃及大半个地球。世界医学界曾警告，禽流感病毒一旦变异，就可轻易在人际间传播，甚至可能导致全球性的大瘟疫。

然而，禽流感病毒其中一个可怕之处恰恰就是其超强的变异性。现在，人类所了解的高致病性禽流感病毒亚型有 H5N1、H5N2、H7N1、H7N7 等几种。

这一次的 H7N9 为全球首次发现的新亚型流感病毒，因而尚未被纳入中国法定报告传染病监测报告系统。而中国疾病预防控制中心表示，没有发现已发病例间存在流行病学关联。

2013 年 4 月 2 日，世界卫生组织新闻发言人法黛拉 沙伊卜说，（人类）目前对 H7N9 禽流感的相关知识还很有限，疫情爆发的范围、感染源和传播方式等都需要进一步调查和确认。

这个新型病毒是怎么出现的？如何演变而来？又将具有怎样的危险性？

H7 病毒曾频繁出现

流感病毒是根据其表面结构来命名的。H 代表了血凝素，它的作用是让病毒能够结合宿主细胞；N 代表了神经氨酸苷酶，其作用是让已经自我复制的病毒从细胞中释放出去。甲型流感中 H 可分为 16 个亚型，N 可分为 9 个亚型。所有这些亚型的病毒都曾从鸟类体内分离出来过。

在一项 2011 年发表的研究中，科学家发现，H7N9 病毒在鸟类中是一种低致病性病毒，甚至看不到临床表现和组织病理学特征。此研究是为数不多的针对 H7N9 的科学研究。



而研究的缺乏是与疫情的实际发生情况直接相关的。

世界上第一次记录到人感染 H7 亚型的流感病毒是在 1995 年的英国。一名 43 岁的家庭主妇在清扫鸭舍的第二天出现了结膜炎症状。她回忆认为清扫时有一段麦秆飘进了她的眼睛。这名妇女后被诊断为 H7N7 感染。

H7N7 再次出现在多年之后。2003 年从 2 月底到 5 月底之间的三个月时间里，荷兰的家禽中爆发了一次瘟疫，后波及德国和比利时。研究人员从鸡身上分离出了高致病性的 H7N7 病毒，并发现这种病毒与野鸭身上低致病性的病毒很接近。在处理染病家禽的过程中，八十多名工作人员遭到感染，还有三人是在照顾患病的家庭成员过程中感染的。

这些人中的大部分出现了结膜炎，感冒病情温和。但有一名 57 岁的患者在去过养殖场后发病，最终在急性肺炎和急性呼吸窘迫的双重作用下去世。研究人员认为，大部分患者的流感症状轻微，病毒也没有在患者体内发生变异，但从这名去世的患者身上提取的病毒则显示毒性可能出现了增强。

在同一时期，H7 病毒也在意大利的家禽中流行，从 1999 年到 2003 年出现多次爆发。有研究者从近 200 名养殖场的工人中提取了血清样本，发现有 3.8%的人体内出现了 H7 病毒的抗体。

到了 2004 年，H7N3 病毒在加拿大的家禽中出现。有两个人在此事件中感染，他们出现了结膜炎和温和的流感症状。

2007 年 5 月，英国在实验室中确认了四名患者感染了 H7N2 型流感，这些人在发病之前都曾接触过农场上的家禽。这次爆发最先发生在一家小农场的家禽中，后来病毒传给了人类。

中国的科学家也曾从鸡身上分离出 H7 亚型病毒。那是在 2002 年，中国农业科学院哈尔滨兽医研究所的陈化兰等人在河北一家家禽屠宰厂进行例行检测时，从鸡体内分离出了 H7N2 病毒。



那是中国大陆第一次报告 H7 亚型的病毒。陈化兰与同事对病毒进行了基因测序，发现这些病毒是由野生鸟类直接传染给鸡的。他们接下来将病毒注射进小鼠的上呼吸道，结果病毒导致小鼠体重减轻了五分之一，并且病毒在小鼠肺部复制明显。

由此，陈化兰等人指出：“此种病毒的持续传播既可以对鸟类，也可以对哺乳动物宿主造成威胁。”

不排除的中间宿主

所有过往发生的疫情中都没有出现过 H7N9 的身影，因而科学家至今对其了解都非常有限。

在这些有限的研究中，科学家发现：“大部分感染 H7 病毒的人都出现了结膜炎，但是与 H5N1 病毒相似，从分子诊断来看，家庭成员间人传人的情况很罕见。”

在最近出现的 H7N9 疫情中，国家卫生和计划生育委员会和江苏省卫生厅发布的信息显示患者出现了重症肺炎和发热、咳嗽、胸闷等症状，但未提及结膜炎。

在人类病患之外，H7N9 病毒迄今只从鸟类体内分离出来过。但在 1990 年代最早出现 H7 病毒感染者时，科学家就指出不能排除存在病毒的中间宿主。病毒学界公认的理论是，猪的身体可以成为一种“搅拌碗”，当不同亚型的病毒同时存在于猪体内的时候，这些病毒的基因可能发生重新组合，从而形成具有新的特性的病毒。

此次 H7N9 疫情中的一名上海死者生前的职业是猪肉贩。而上海市动物疾控中心 4 月 1 日对死猪进行的抽检并未检出禽流感病毒。

5 年前的警告

H7N9 病毒的来源尚未确定。而由于它对于人类的免疫系统来说，是一种全新的病毒，因而在鸟类身上温和的病毒到了人身上就变得十分凶险。到 4 月 3 日，已经公布的 9 例患者中已有 3 人死亡，也病情危重。

在 2008 年发表的一项研究中，美国疾病控制与预防中心（CDC）的研究人员指出，2002



年到 2003 年出现的 H7 病毒，其与人体气管上皮细胞的结合方式，倾向于接近 20 世纪中最大的三次流感中病毒的结合方式。这三次 20 世纪的流感分别是 1918 年的 H1N1，1957 年的 H2N2 和 1968 年的 H3N2。但他们同时也指出，H7 病毒造成人类疫情的潜在可能性还需要进一步研究。

实际上，在中国，军事医学科学院微生物流行病研究所的曹务春及合作者曾经关注过 H7 亚型流感病毒的风险。他们在 2008 年发表的研究中指出，H7 和 H9 亚型的流感病毒对人类的威胁与 H5 亚型的相似。

他们做了一项研究，去考察在中国 H5N1 爆发的地区中，人们感染 H7 和 H9 亚型禽流感的可能性。在 2006 年和 2008 年，他们累计从四个省和自治区采集了近 1500 人的血清，在其中两个省份中发现了少量的 H9 病毒感染者，但没有发现一例 H7 病毒的感染者。

这让研究人员们认为，H9 亚型的病毒可能更具现实危险性。他们强调了 H9 和 H5 病毒可以同时存在，并且有在人体内发生基因重新组合的风险。“因此，在低水平流感感染可能存在的地区，广泛的公共卫生监测应该建立和维持。”他们指出。

曹务春等人取样的四个省和自治区是中国北方的新疆、山西、山东和辽宁，未包括此次出现 H7N9 疫情的南方省份。

这可能是中国科学家最接近于对 H7 病毒发出警告的一次。

（哈尔滨医科大学王毅飞、南方周末记者鞠靖对本文有贡献）

（文章来源:《南方周末》）

【原文链接】 【回到目录】



8-2 徐达内：媒体札记——禽流感再袭



徐达内：FT 中文网《媒体札记》专栏作家。

> “公众的担忧却不会因‘只有两三个病例’而有所减轻，因为人们第一怕看不见、摸不着的感染源，第二怕人与人之间出现传染……仅说‘一切尽在掌握中’是远远不够的……一些上海市民在接受中外媒体采访时坦言，自己担心疫情蔓延，希望能采取有效措施防止自己被感染疫病，却并不知道此时此刻该做什么，不该做什么，这表明即便在上海这样的大城市，公共卫生知识的普及也并不到位。”

一天升一级，昨晚今晨（编者注：4 月 3 日），H7N9 禽流感已经成为中国门户网站和各地都市报当仁不让的头条关键词了——根据官方最新通报，全国 H7N9 禽流感病例已达 7 人，江苏新确诊 4 人病危。

前 3 例就在邻省。由国家卫生和计划生育委员会在 3 月 31 日发布通报，称“上海和安徽发现三例人感染 H7N9 禽流感病例，两例上海患者已死亡，一例安徽患者病情严重正在抢救。”

沪皖媒体坚守官方基调之时，自有外地同行把标题做在了“死后 20 天才公布”上。说起来，如今的中国卫生官员倒是真有了些应对经验，是官方网站通报疫情之时主动自问自答：“上海的两例确诊患者均于 3 月上旬死亡，为什么国家卫生和计划生育委员会 3 月

31 日才公布疫情？”“此次人感染的 H7N9 禽流感病毒，是全球首次发现的新亚型流感病毒，尚未纳入我国法定报告传染病监测报告系统。上海市医疗卫生机构发现上述病例时，及时开展了相关实验室筛查……在进一步检测中，上海市公共卫生临床中心于 3 月 22 日发现患者可能感染 H7 流感，之后将相关标本送中国疾病预防控制中心。3 月 29 日下午，中国疾病预防控制中心从送检的病例标本中分离到 3 株 H7N9 禽流感病毒……依法于 3 月 31 日向社会公布。”

虽有类似“未发现近期全国流感活动水平异常升高”、“未提示该病毒具有较强的人传人能力”等安民告示，但禽流感再度杀人还是令五大门户自周一起已纷纷建立专题。

紧张的气氛，因为凤凰网头条更新而陡然升级。其实，这段来自凤凰卫视的采访在 31 日晚间即已被转载入内地——《香港专家：大陆有必要采集黄浦江死猪样本，排查禽流感》。

鸡、猪、人，黄浦江漂流的二师兄，虽然过了一个月仍没查出个子丑寅卯，但现在又被想起——故事情节似乎真的拼了起来。根据这段访谈的解说词，针对 H7N9 病毒是否与上海黄浦江出现大批的死猪有关的问题，港大感染及传染病中心总监何栢良表示：“没有足够的证据基础评论两者是否有关系，但由于其中一宗个案，是猪肉商贩，内地的相关部门有必要采集死猪的样本，化验是否存在禽流感病毒。”

也就像面对黄浦江水质一样，人心惶惶，微博尤甚。像@袁裕来律师这样的意见领袖，像是认定消息一定会被当局删除，特意截屏，子夜高呼“尽快转发吧，大陆博友，尤其是上海博友”。

其实也没删。并且，云南信息报次日一早还将何栢良的这份警报印了出来。内地官方也确有响应，《上海加强 H7N9 禽流感防控，漂浮死猪未检出禽流感》的消息下午即至，由新华社发布。

但是，心刚放下些，又提了起来，因为凤凰卫视当晚援引上海公共卫生临床中心副主任



卢洪洲的说法，又称“安徽的 H7N9 患者有过禽类和猪的接触史。而对于这种接触与人感染禽流感之间的关联，以及猪是否有可能会携带 H7N9 病毒，仍在调查研究中”，经由新安晚报转载、门户扩散，两位 H7N9 禽流感感染者此前均曾与猪有关的消息顿时成为人们最大猜测焦点。

2 日一早，央视也已将猪肉作为“关注人感染 H7N9 禽流感”的关键词，宣布 27 岁死者吴某是今年 1 月从江苏到上海闵行一家菜市场从事猪肉销售工作，虽然菜市场也有禽类销售，但是吴某与它們他们并没有接触。

另一位 87 岁的死者李某，则被上海市疾控中心宣布在发病前没有接触过禽类，也没有外出史。安徽患者韩某则被描述为“在 3 月 9 日，和其丈夫一起在农贸市场买了一只鸡，在挑拣鸡的过程中有过一些接触。但这只鸡不是她宰杀的，是由市场人员进行宰杀的，回家之后由她加工。”

这样碎片化的，甚至需要出口转内销的信息获取方式，总还是让人不耐。这天早晨，是黄浦江边发出了第一声——上海商报《信息发布及时充分是应对禽流感关键》。

竟然是本地媒体率先吁求，新浪当即重点推荐：“公众的担忧却不会因‘只有两三个病例’而有所减轻，因为人们第一怕看不见、摸不着的感染源，第二怕人与人之间出现传染……仅说‘一切尽在掌握中’是远远不够的……一些上海市民在接受中外媒体采访时坦言，自己担心疫情蔓延，希望能采取有效措施防止自己被感染疫病，却并不知道此时此刻该做什么，不该做什么，这表明即便在上海这样的大城市，公共卫生知识的普及也并不到位。”

这份上海报纸还主动提到“江上死猪”：“这些死猪会否因禽流感而死，市民会否因此而陷于疫情威胁之中，这些都不可能不成为许多对事件和疫情一知半解者时刻担忧的事。通过科学手段澄清‘死猪事件’和禽流感之间是否有关，并将检验所得结果及时、准确、充分披露，是避免‘连带性恐慌效应’的唯一良策。”

至于 21 世纪经济报道这样的外地媒体，就更加不留情面，昨日头版头条标题已将上海



新型禽流感病毒确诊的漫长历程比作“躲猫猫”，因为记者发现，早在 3 月 7 日，上海官方曾经“辟谣”。

当天下午，曾有微博消息称“上海第五人民医院出现了几例不明死亡病例，初步诊断为流感，有呼吸衰竭症状，希望院方公布真相”，而后，五院和上海市卫生局均通过官方账号发布“真相”，称已排除人禽流感等传染病，（李某）死亡系因患有多项基础性疾病，加上肺部重度感染所致。

据此，这篇报道援引五院宣传科工作人员解释：“李某并未感染作为法定传染病疫情的甲型 H1N1 流感及人感染高致病性禽流感（H5N1），因此 3 月 7 日五院所称的‘排除禽流感’病毒感染，所指的可能就是 H5N1 病毒，而非当时还尚未被实验室发现的、能被人类感染的 H7N9 病毒。”

被质疑“通报为何如此缓慢”，上海官方昨天傍晚算是通过一场发布会进行了补救。根据包括@上海发布在内的记录，该市疾控中心负责人吴凡除了宣布“没有证据表明病毒来源于猪”、“上海市场猪肉、鸡肉可以放心吃”外，还再次为“20 多天后才公布感染 H7N9 信息”而辩解：“H7N9 是新型病毒，该病例在门诊和收治过程中进行了检测，先排除了 SARS 等已知病毒，再进行未知病毒判断和诊疗。经过基因测序和比对，并送国家疾控中心病毒分离确认后，确定其感染 H7N9 病毒。未知病源的检测是相当困难的，需要一段时间。”

于是，“上海启动三级防控应急预案”的消息被解放日报、东方早报一并呈现于头版，新闻晨报更配以“4 月 2 日 21 时许，曾收治 H7N9 禽流感病例的上海市第五人民医院发热门诊很平静”的封面大图。此外，当然也不能忘了向民众讲解疾控不易——《上海两名 H7N9 死亡病例排除院内感染，20 多天确诊新病毒已属快速》、《症状和普通流感肺炎类似，只能通过病原学诊断》、《46 位 H7N9 禽流感密切接触者解除医学观察》。至于大本营设在上海的第一财经日报，标题也颇为体贴——“‘围剿’H7N9：和时间赛跑”。

新京报除了用一整版报道《南京滁州 H7N9 患者均曾接触活鸡》、《宰杀工确诊为南京第



一例患者》，是以社论呼吁《抗御禽流感还应加强监控禽畜疫情》：“截至目前，上海已经启动流感流行应急预案 3 级响应，北京也将 H7N9 禽流感病毒纳入传染病监测网。这都是必要的。不过，从报道来看，各地启动的监控预防预案多是针对人类感染的，对禽畜疫情的监控还没有紧张起来。”

但是，中国青年报头版上的话可没这么温和。是评论员曹林在头版发表《面对 4G 的民意，政府能达到几 G》：“人们还是在追问，为什么迟了这么多天才公布？政府的信息公开仍没有跑得过公众的质疑和困惑，难言及格。”还有云南都市时报，今日社评亦以“姗姗来迟”形容上海昨起启动流感流行应急预案Ⅲ级响应：“不管检测有多么困难，公布 H7N9 信息竟迟滞了 20 多天，上海市政府难以获得民众的谅解……遗憾的是，整体而言，我们并没有看到各地政府太多的防控动作。”

遗憾，是因为十年岁月已经蹉跎。@都市快报中国新闻部昨晚即已发布长微博《H7N9 禽流感来袭，SARS 没有改变的中国》，感叹“10 年前那场 SARS，给我们留下血泪教训。一个没有记忆的民族，是没有希望的民族；一个不会反思的政府，是不合格的政府。愿灾难不再轮回。”

这样的话，潇湘晨报今早说的更多。这份湖南报纸的封面像是把人们带回了 2003 年，镌刻着“H7N7 疫情范围有待调查”的黑色大字，社评《非典十年，我们的防控禽流感答卷》写道：“今年是非典十年，在过去的十年里，中国的公共卫生防控体系经历了一次脱胎换骨的巨变，总结经验，汲取教训，我们应当有信心去回复任何一次事关危机的问卷。”

除了呼吁民众不要做做人云亦云的盲动者，再度上演囤积板蓝根或者抢盐的闹剧外，评论员周东飞亦表示“愿意选择相信上海方面道出的是一种实情”：“这是因为十年前非典时期曾经发生的隐瞒迟报教训太过于沉痛……希望十年的进步此刻已经体现……根据新华社的报道，世卫组织官员表示，中国政府此次的报告并没有信息披露不透明的问题，上周五确认病毒类型，周日报告世卫组织，没有不恰当之处。浏览国内新闻，各地的因



应措施同样相当密集……无论这次的禽流感如何发展，我们都应当坚信有备则无患。”

几乎是一模一样的角度，环球时报昨天的答案显得乐观：“10 年前的那场公共卫生危机，成为中国疾病防控以及政府信息公开许多方面的转折点。那次留给中国人的教训实在太多了。值得庆幸的是，那些巨大损失刺激了这个国家的进步，中国很像是在‘吃一堑长一智’。”

虽然，这份人民日报子报事先声明，“不能因为政府在被‘推着走’，就说它是‘不合格的政府’”，但在互联网活跃人士那里，总还是抱怨和批评声总是多于掌声和鼓励声，他们在微博上张贴香港媒体大幅封面聚集的报道阵仗，讽刺中共官员十年来在信息控制方面并无进步。

此时，作为“自干五总书记”，@点子正有句话，倒是应能获得左中右一致认可：“非典，有了论坛。甲流，有了博客。H7N9，有了微博。防流言是流感最好的防范，公开信息是最好的预防，微博公示是最好的疫苗。”

这不，南方系中的老大哥也在回忆。广东省委机关报今天正有一整版《非典十年，我们应该如何纪念这段历史？》，被记者张蜀梅回忆的就是 2003 年 2 月 18 日那晚的经历：“那天正是北京方面公布非典病原是衣原体的消息，我在演唱会现场接到医院通讯员的电话：‘钟南山在家很生气，因为他不同意北京那边关于衣原体的说法，怎么也不同意。’……第二天，仅有《南方日报》出现了不同的声音，《非典型肺炎病原是衣原体？》……这一篇稿子只有几百字，看似普通，但是，能见报，那种担当和责任真正体现了‘南方报人’的风骨。”

其实，还是不一样的。根据京华时报今晨记录，钟南山说：“现在这个（H7N9）还没有（传染性）。尽管目前得到确诊的病人病情很重，病因看起来还不是很清楚，但是公众最为关心的是不是人传人的问题，现在还没有证据。”

（文章来源：FT 中文网） 【原文链接】 【回到目录】



8-3 石头：万能板蓝根：安抚甚于防疫

石头：网易《另一面》栏目编辑。

> “自 2003 年之后，板蓝根又一次成为热销的“防疫药物”。但板蓝根对 H7N9 禽流感其实无效，而官僚们急于推荐这种药方，安抚意味比实效更浓。”

所谓板蓝根制剂对各种感冒的疗效，在医学上并没有经过严格的“双盲实验”验证。当板蓝根的疗效被质疑时，肯定会有很多人以自己的亲身经历说明“我感冒时喝了板蓝根就感觉病轻了”或者“我喝了板蓝根感冒就好了”。但普通感冒十天内可以自愈，也就是说大部分患病者什么都不做，只消正常生活，疾病也可以自行痊愈，而且平时大多数得感冒的人症状并不重，除了生活有困扰以外，肌体并没有被特别创伤。喝板蓝根和感冒病愈，与其说有因果关系，不如说只是有时间先后顺序。所以病好了未必是板蓝根的作用，也可能是自行痊愈。

2002 年美国《非传统医学期刊》刊登论文，指出板蓝根的叶子含有色胺酮，它具有阿司匹林样的抑制特定生物酶的作用。因此有抗炎作用。板蓝根的根含有靛玉红，它具抑制 DNA 复制，因此有抗癌的作用。副作用是阿司匹林样的过敏反应和哮喘。2005 年《现代中药研究与实践》刊登论文，指出内毒素是病菌产生的引起恒温动物体温异常升高的致热物质，而板蓝根中的有机酸类具有抗大肠杆菌内毒素作用。并且脂溶性的板蓝根二酮对特定的肝癌细胞、卵巢癌细胞具有较强的体外杀伤能力。但现有的医药研究证明板蓝根中的有效成分对 H7N9 禽流感病毒并没有治疗作用。

板蓝根可以“清热”，而感冒又是由病毒引起的具有发热症状的疾病，那么板蓝根自然被



当做治疗感冒的常用药物。但缓解症状不代表病人被治好了。1918 年的西班牙流感大流行，造成了全世界范围内 5000 万至 1 亿人死亡，是流感历史上最致命的一次。当时的人们为了治疗流感采用的手段五花八门，其中很多和中医里的刮痧放血颇为相似。根据《1918 大流感：美国史上最严重的传染病》一书记载，当时医生为了让患者退热，开出的治疗方案有让病人拼命喝盐水的、让病人使劲抽雪茄的、让病人用冰水浇身体的、直接给病人放血的。其中给病人开的最受欢迎也最无实效的药方之一，是威士忌：“喝醉了发发汗也能退热。”很难说这些退热手段不是立竿见影的，但仍然无法改变最终美国总人口的 0.65%、意大利总人口的 1%因西班牙流感病死的结果。靠板蓝根退热，对治疗新型禽流感变种并无多大帮助。

而且中国市场上的普通板蓝根制剂，其制作方法就确保了成品不可能是多服无害的药物。在 1999 年《广东药学院学报》上的论文《板蓝根冲剂制备工艺的改进》、2005 年《现代中药研究与实践》上的论文《板蓝根研究进展》都提到了国内医药界有将板蓝根提取工艺从水提法改为醇提法的倾向。根据 1990 年《中国中药杂志》中论文的研究结果，醇提法中靛蓝、靛玉红含量很高，水煮法提出的靛蓝和靛玉红含量甚少，几乎全部存在于残渣。而按照人民卫生出版社出版的《植物药有效成分手册》和《中药有效成分药理与应用》的记载，靛玉红临床应用中对人的毒副作用主要表现为胃肠道的刺激症状，如恶心、呕吐、腹痛、便血；其次为骨髓抑制引起血小板下降。靛玉红治疗 314 例慢性粒细胞白血病（CML）中，无毒性反应者占 29.51％，有轻度腹痛、腹泻者占 40％，血小板减少者占 20.1％，骨髓增生降低者占 4.5％，严重骨髓抑制一例，肝功能受损者 2 例，半年内发生急性变性者占 6.37％，虽然副作用并不比 X 射线治疗组高，但也说明板蓝根中的有效成分并不是多服无害。

除了靛玉红这一特定成分以外，板蓝根制品有毒性是自 20 世纪八十年代就被医学界公认的事实。1987 年美国食品与药品管理局将板蓝根收录入“有毒植物目录”。1986 年《甘肃医药》和 1989 年《实用儿科临床杂志》上都刊登论文表明板蓝根注射液能导致肾损



害。1997 年的《陕西中医》上刊登论文表明有患者因服用板蓝根而发生急性溶血性反应，出现黄疸、急性肾功能不全。2012 年，西南医院儿科主治医生王昱也告诉记者，小孩子千万不要过多服用板蓝根。“因为孩子各个器官发育还不成熟，解毒功能还很弱，长期服用板蓝根会导致孩子肾中毒和慢性肾衰。”

根据美国学者约翰•巴里的作品《大流感：最致命瘟疫的史诗》记载，1918 年大流感爆发时正值一战尾声，为了士气和后方安定，美国的战时新闻审查官们禁止记者们对关于流感疫情的报道中使用“瘟疫”这个词。8 月下旬，大流感在码头区爆发，9 月 9 日，军事基地登维斯营中有 3500 例西班牙流感病例，报纸报道“波士顿港区的医院已经挤满了流感病人”。而美国公共卫生署要到 9 月 13 日才公开宣布有流感传染情况，要求所有港口检疫站检查从欧洲到美国的船只上是否有流感患者，并坚持声称在 9 月 10 日前对疫情一无所知。

而当疫情无可隐瞒时，为维护战时士气，美国军方卫生部门向《芝加哥论坛报》提供了头条新闻的材料。这条头条新闻的标题是《传染病被战胜!》，暗示官方已经掌握了有效治愈西班牙流感的医学手段，这场传染病马上就会被遏制住：“在米基少校带领的陆军医疗专家的不懈努力下，军事基地医院中的疫情已经停顿……虽然有病人死亡，但有一百余战士被从恶疾中拯救出来……175 名病人在治愈后离院。”而这篇报道中的军事医院院长米基少校，同时必须下发书面命令要求“所有病死者的遗体不能直接存入基地医院停尸房……处理遗体的工作量已太过繁重。”病死者多到标识和登记的文书工作都不堪重负以至于不得不马虎了事，米基少校还得以书面命令强调“任何不认真标注遗体的行为都会被认定为军事上的玩忽职守。”

《大流感：最致命瘟疫的史诗》的末章写到：“在 1918 年，官员的谎言从不允许恐怖成为实情。然而公众已不相信卫生官员和记者的任何一句话，所以公众也就无法得知关于大流感的确切事实。恐慌因而在社会中生根，使妇人不敢看护自己的姐妹、使志愿者不敢向危重患者家送粮食、使训练有素的护士不敢在最需要她们服务的时候上岗。是恐慌



而非疫情本身使社会面临分崩离析的威胁。官僚和媒体协助创造了 1918 年大流感的全面恐怖，恐怖不是因他们夸大疫情而起，而是因他们试图粉饰疫情、向公众传播虚假信心而起。”

（文章来源：网易新闻）

【原文链接】 【回到目录】



【惑】

8-4 王军：禽流感三问



王军，天则经济研究所客座研究员。

“

围绕最近的禽流感，坊间已出现多个版本，如有评论称此次禽流感与上海黄埔江漂浮的死猪存在因果关系。当然，最终的‘钦定’版本还需要科学缜密的判断，这也给政府部门下了一道任务，即彻底追查导致此次禽流感的元凶，并及时公布调查结果，做到防患于未然，避免此类事件的再次发生。

”

禽流感又来了。这让人想到整整十年前的这个时候，“非典”疫情在中国暴发并在世界多个地区传播的情形。对于禽流感之类的传染病毒，我们应该如何应对？有三个方面的问题需要认识清楚。

第一个问题是，禽流感的危害究竟有多大？目前，此次禽流感已造成多人死亡。由于故事还在发展中，因此，经济损失以及如何收场现在说还为时尚早。不过，稍微温习一下历史或许可以帮助我们预料最坏的结果。

最近一次对人类造成巨大灾难的当属 1918 年在西班牙暴发的大流感，这场被称为“全球性世纪瘟疫”的流感在不到一年时间内夺去至少 5000 万人的性命，仅在英国就造成了 22.8 万人的死亡，而当时全球人口总数还不及今天的 1/3。那时的人们没有也无法预料流感的走向和后果。事后的研究表明，几乎所有流感病毒都以一种不以人类意志为转移



的方式演化，人类对此的认识其实非常有限。

据报道，最近出现的 H7N9 禽流感病毒是甲型流感病毒家族中的一员，属新型病毒。目前，该病毒仅在禽类中传播，未找到人际间感染的病例，全球尚无针对 H7N9 的疫苗。中国有关部门的通报称，确诊患者的具体感染来源尚不清楚，有关专家正在对该病毒的毒性和人际传播的能力进行密集研究。

禽流感的杀伤力比起西班牙流感来一点也不逊色。1997 年，香港报告全球首个感染 H5N1 禽流感病毒死亡的案例，之后这一病毒在中国内地及世界许多国家都出现过。有关这一病毒最令人惊悚的研究发现是，该病毒在传播过程中会不断变异，演化到第 10 代时将可能透过空气传播，其威力足可导致全球一半以上的人失去生命。

传染病毒造成的危害还与当今全球化的大背景有关。世界卫生组织（WHO）发布的《构建安全未来：21 世纪全球公共卫生安全》报告特别强调全球范围控制疾病的意义。当世卫组织 1951 年首次发布此类条例时，人们大多是乘船进行国际旅行的，而新闻主要通过电报进行传播。半个多世纪过去了，世界发生了巨大变化。现在全球每天有多达 300 万人乘坐飞机前往另一个城市、另一个国家或另一个洲，每天有数百万吨货物经由空中、陆地和海洋运往世界各地。各类人员和物品持续且频繁地流动意味着如果今天暴发传染性疾病，其造成的危害可能比历史上任何一个时期传播速度都要快，波及的范围也更大。当今世界一个地区突发的卫生危机只需几个小时即可演化成另一个地区的公共卫生事件。

第二个问题是，我们对禽流感的认识究竟有多少？毫无疑问，我们对于禽流感的了解少得可怜。例如，对于此次 H7N9 禽流感病毒是否会在人际间传播这样的重大问题，我们尚不确信。问题在于，如果此类病毒真的演化成一种人际间传播的病毒，也无需征得任何人的同意和批准。从这个意义上说，禽流感病毒给人类带来的最大恐惧恰恰源于我们认识的缺陷和不充分。

由于不同传染病一般会通过不同的病毒传播，因而在预防和控制上也会呈现出不同的特



征。例如，与其他流行性疾病比较而言，流感的预防更为困难。通常，普通人在儿童时期只要注射两次麻疹疫苗即可获得麻疹的终身免疫力，对于脊髓灰质炎而言，注射四次也可获得同样效果。但对于流感来讲，不仅需每年注射，且无法获得流感的完全免疫力。因为流感病毒不断在变异，其变化之快远超过医学研究的速度，更不用说疫苗研制了。多数情况下病毒的演化无规律可循，令人们防不胜防。换句话说，禽流感病毒即使不是不可认识的，也是令人难以捉摸和把握的。

由此可见，人类在传染病毒面前其实是非常脆弱，甚至不堪一击的。究其原因，还是因为人类受制于有限理性的约束，人类恐怕永远也无法获得病毒演化规律的清晰认识，更不大可能研制出有效的疫苗。这可以说是人类认知的一个缺陷，无法根本消除。正因如此，世界许多国家都把预防和控制传染病毒的暴发和流行视为政府的头等大事，对各类传染病毒从来不敢掉以轻心，而这也是世界卫生组织等国际组织的重要使命。

第三个问题是，禽流感有解决办法吗？由于在禽流感问题上存在难以逾越的认识障碍，使得我们在解决方案上选项很少，成效甚微。这就意味着，各种预防努力，如投入巨资研制疫苗等，到头来可能成为一种血本无归的烧钱游戏。

撇开认识上的缺陷不谈，应对禽流感来袭才是当务之急，方式无外乎两类：一是事前的预防；二是事后的治理。通常，预防要比治理要省钱得多。但无论哪种，都不可偏废。

在当今全球化时代，当禽流感病毒发作时，恐怕没有哪一个国家可以独善其身，自动获得免疫力。从这个角度看，全球公共卫生合作是非常必要的，特别是，那些掌握先进卫生技术（如有效疫苗）的发达国家为正受到病毒肆虐的欠发达国家提供卫生援助显得尤为重要。

除去禽流感以外，还有多种传染病毒影响着人类的福祉，如艾滋病和疟疾就使得非洲不少国家长期陷入发展的泥沼，难以迈上正途。几年前，美国学者迈克尔•奥斯特霍姆（Michael Osterholm）在《外交事务》（Foreign Affairs）上发出警告，称国际社会需要“应对下一场流感大暴发”（Preparing for the Next Pandemic）。如果流感今天在美国暴发，

那么边境将被迫关闭，全球经济将受到冲击，国际疫苗的供应和医疗保健系统也将全线崩溃。为应对这种可能突入袭来的疾病大流行，工业化国家必须制订出更详细的由政府部门和私人部门共同参与的反应机制。国际社会不仅要应对那些随时可能出现的新型传染病毒，而且还要警惕那些之前得到控制现在却又可能卷土重来的病毒。

在中国这样一个人口密集且各地卫生资源分布不均的国度，整个国家的公共卫生水平和状况其实是由卫生质量最薄弱的那个地区决定的。疾病暴发时，如能及时调动全国最有效的医疗资源至事发地，则可将病毒的传播有效控制在一定范围内，减少损失，这样的协调和应急机制同样是极其重要的，尽管只是事后的。

围绕最近的禽流感，坊间已出现多个版本，如有评论称此次禽流感与上海黄埔江漂浮的死猪存在因果关系。当然，最终的“钦定”版本还需要科学缜密的判断，这也给政府部门下了一道任务，即彻底追查导致此次禽流感的元凶，并及时公布调查结果，做到防患于未然，避免此类事件的再次发生。要知道，病毒引发的问题归根结蒂属于公共卫生领域的问题，“公共”表明政府具有不可推卸的责任。现在是政府走上前台，尽快给公众一个说法的时候了。

（来源：《金融时报》中文网）

【原文链接】 【回到目录】



8-5 李迎春：公共财政应否为禽流感患者买单

李迎春：《成都商报》记者。

“很多公共事件都能对制度的修补完善起到推波助澜的作用，对包括 H7N9 禽流感在内的各种公共卫生事件，患者的医治费用如何承担，需要一个更为细化更有操作性的规范，这正是此次禽流感事件给我们的另一个提醒。”

很多公共事件都能对制度的修补完善起到推波助澜的作用，对包括 H7N9 禽流感在内的各种公共卫生事件，患者的医治费用如何承担，需要一个更为细化更有操作性的规范，这正是此次禽流感事件给我们的另一个提醒。

“南京确诊的首例患者患病以来已陆续花费 10 万元，打算卖房凑钱，因地址被曝光而作罢。另一名病危的安徽患者也已花光积蓄一筹莫展。”4 月 5 日，“禽流感来了，谁为患者埋单？”的讨论异常热烈，有媒体吁免费治疗 H7N9 禽流感患者。中山大学岭南学院财税系主任、教授林江表示，用公共财政资金为 H7N9 禽流感患者买单需要前提：H7N9 禽流感具有人到人的传染性，“一旦出现了人到人的传染，患者除了自己的身体健康受损，还会对公众产生影响，传染其他人。”他认为，目前禽流感患者治疗费由政府财政买单，时机不太成熟。

H7N9 禽流感来袭引发很大关注。目前患者人数虽然不多，但此事对公众心理产生的冲击不可小视。由于是新型病毒，医治和预防都没有完全可靠的办法，这使得医治费用和病情的扩散变得很难预测，此时，财政该不该介入医疗费用的承担，的确值得探讨。



根据《传染病防治法》62 条，国家对患有特定传染病的困难人群实行医疗救助，减免医疗费用。在实际执行中，像肺结核等一些传染病，国家已实行了免费医疗。原因在于这类病有很强的传染性，对公共卫生安全威胁很大。换句话说，公共财政提供免费医疗的前提是，一种病情已威胁到了公共安全，财政只为公共安全提供保障，而不为个人的病情提供资助。这也是专家所谓“H7N9 禽流感具有人到人的传染性”才能提供免费医疗的原因。

虽然专家说法有理有据，但 H7N9 禽流感的确有它的特殊性。首先它是突发的新品种，属于突发事件，让个人单独承受一个突发公共事件的成本，不仅负担太过沉重，而且也不够人道。在现有法律中，也可找到相关依据。比如《突发公共卫生事件应急条例》43 条：县级以上各级人民政府应当提供必要资金，保障因突发事件致病、致残的人员得到及时、有效的救治。根据这一条，突发卫生事件的医治，政府财政应当负担，但负担多少，是全部买单，还是按比例买单，却没完全明确。所以，可以具体问题具体分析，但公共财政的介入显然不可免。

其次，这一突发事件引起了一连串的外部影响。比如上海关闭了禽类市场，政府部门和医疗单位都会介入检测试剂的运用、疫苗的研制；很多制药企业的股价飙升，因为会涉及疫苗和药物的研制和市场化。这些外部影响显然已耗费了大量的公共资源。在这种情况下，政府不投入根本不可能。这些投入是否部分用于减免费治疗，显然值得讨论。就像钟南山建议的，面对 H7N9 疫情这样的紧急突发公共卫生事件，政府应该设立渠道，提供紧急资金、医疗救助。

很多公共事件都能对制度的修补完善起到推波助澜的作用，对包括 H7N9 禽流感在内的各种公共卫生事件，患者的医治费用如何承担，需要一个更为细化更有操作性的规范，这正是此次禽流感事件给我们的另一个提醒。

(来源:《成都商报》)

【原文链接】 【回到目录】



8-6 黄广明：SARS10 年改变的和未变的



黄广明,《南方人物周刊》主笔。

> “SARS 带来了一些制度变迁和观念变化，但民众在维权、参政议政、对政府的监督方面依然还有很长的路要走，或者说，改革距离今日民众的预期还有一定距离。”

中国改革开放后的三十多年中，从未有一起公共事件像 10 年前的 SARS 一样引发如此大规模公开的反思与制度检讨。SARS 让一个观念深入人心，就是政府必须给予强有力的监督，才能为人民服务。

“S—，A—，R—，S—，”韩国导演终于逐个字母拼出了那个缩写，也拼出了他的担忧。此前，翻译未到，我们交流不畅，他用手比划着，不知怎么表达那个词。事后想来，从一开始见面，得知我们来自中国广东后，他就对我们疑窦丛生了。

翻译到了，我们告诉导演，SARS 在两年前就已经烟消云散，中国的所有城市，也早已从世界卫生组织的疫区名单中除名。

这位韩国著名青年导演仍用将信将疑的目光看着我们，正在这时，一位同事不合时宜地咳嗽了一声，导演起身中止了谈话，走到窗边，打开窗户，大风吹进来。接下来，我们的采访，就伴随着嗖嗖的凉风与百页窗帘及窗框持续的碰撞声。

这是 2005 年春天，首尔闹市区一座写字楼。在我十多年的记者生涯中，这次采访是记忆最为深刻的几次之一，尽管，无论是采访对象的知名度，还是后来稿件的影响力，在我的职业经历中都不值特书，采访本身，看起来也例行公事般地波澜不惊。



一个警惕的眼神与一次看似不经意的开窗举动已经足够。人生第一次，我感到祖国的形象与我个人建立了具体联系。

直说吧，受人歧视的感觉。

毫无疑问，在外国人眼中，中国是疫区，是 SARS 起源地，所有中国人，都是潜在的致命病毒的携带者。

不出国，很难真实感受到一个国家在世界上的形象。

2005 年距 SARS 肆虐已过去两年，在中国每年层出不穷的事件与话题中，SARS 也早已不是国人谈论的热点。但是，他国人却没有忘记“中国的 SARS”。苏珊·桑塔格在《疾病的隐喻》一书中指出，对疾病的想象与对异邦的想象之间存在着某种联系。它或许就隐藏在有关邪恶的概念中，即不合时宜地把邪恶与非我、异族、落后等同起来。人们通常认为，污染者总是邪恶的。

桑塔格指出了人性的一个弱点，疾病本身是一种客观事实，它没有正义邪恶之分，而人们对待疾病、对待患者的态度却有这个区分。这一点，非但韩国人，中国人、所有人都可能有这个弱点。

反观中国自身，多大程度上因为自身的原因予人口实？

2002 年底，SARS 降临南中国像是一次天灾，而接下来相关的政府部门及其他方面应对的态度更像是一场人祸，对真相的遮蔽、隐瞒和怠于应对，直接造成了 2003 年春天疫魔的大面积肆虐，引发了一场罕见的全国性危机，直至危及全球。

如果一开始就有一个正常的应对机制，如果一开始就秉持公开透明的原则，最根本的，如果权力源于人民对人民负责的认识能深植于各级政府理念之中，SARS 所造成的威胁本来会小得多。

今年是 SARS 危机的第 10 年。10 年来，有无数对灾难的反思。

回顾当年的媒体报道，情景历历在目。2003 年 2 月上旬，广州疫情已经危急，却未见任



何来自官方的信息。2 月 10 日，广州各媒体还接到三道紧急通知，被要求严格遵守新闻纪律，不得擅自对“非典型肺炎”进行报道。又过了一天，2 月 11 日，在疫情已出现近三个月后，广州市政府和广东省卫生厅才首次先后召开新闻发布会，公布广东省已有感染“非典型肺炎”患者 305 例，死亡 5 例。并且，按照当时的说法，疫情已经得到控制。

在社会和公众茫然不觉的情况下，SARS 开始从广东走向全国、走向世界。3 月中旬，北京召开“两会”期间，疫魔已悄然进驻。

在官方信息不畅的情形下，流言已遍布北京的大街小巷。事实上，整个中国的 SARS 疫情已日趋严重，但 4 月 3 日，医生出身的卫生部长张文康仍声称中国是“安全的”，“发病人数明显减少，治愈人数显著增加”。

在 SARS 阴影笼罩的春天里，官方声音是：“疫情得到了有效控制”，世卫组织却在 4 月 11 日再次将北京定为疫区。

4 月 20 日，中国政府对 SARS 的态度来了个 180 度的转弯。代替张文康出席新闻发布会的卫生部副部长高强公布：“截至 4 月 18 日，全国累计报告非典病例 1807 例，其中，北京 339 例……”而仅仅在 5 天前，官方披露的北京 SARS 确诊病例只有 37 例。

高强承认：“由于有关部门信息统计、监测报告、追踪调查等方面的工作机制不健全，疫情统计存在较大疏漏，没有做到准确地上报疫情数字。”

随后，卫生部长张文康解职，北京市长孟学农解职。

当时，各方面法律与制度都不完善，当年的“众志成城抗击非典”更像是一场全面动员的运动。

正是 SARS 带来的这场运动，孕育和催生了日后中国诸多影响深远的法规与制度。

SARS 危机首先暴露的，是中国政府信息资源管理的严重滞后。公众对政务信息公开有了更加深刻的认识，尽快建立健全在公民知情权基础上的政府信息公开制度成为共识。

在 SARS 爆发后的几个月里，广州市率先出台了《政府政务信息公开法》，及至 2008 年



5 月 1 日《中华人民共和国政府信息公开条例》实施，公民的知情权第一次在法律上得到保障。

中国法学会信息法研究会副会长周汉华曾向媒体表示，《条例》实施带来的首要的、巨大的挑战是我国目前非常粗放的政府信息资源管理方式。“这种管理方式相当落后，按照这种管理方式，我国的政府机关可能会对前来申请公开信息的公民说，我没有什么信息可以公开。目前政府机关亟须做的就是进行翻箱倒柜式的清理工作，因为政府信息公开是个技术活儿，需要大量的人力、物力、财力投入这项工作。”

周汉华坦言：“尽管目前已经有了国家法规，但距离真正的阳光政府，还有比较远的距离。”

两名部级官员的免职在国内政界堪称引发了一场地震，新一届政府掀起的问责风暴由此开端，后面仅在 SARS 期间被问责的官员就达上百人。

在中国问责制的发展历程中，SARS 之年是一个重要的年份。这一年是新中国历史上首次在突发灾害事件中，短时间内就同一问题连续地、大范围地追究官员责任。“问责风暴”的启动，被认为是中国战胜 SARS 危机的转折点。

2004 年春，《党政领导干部辞职暂行规定》紧急颁布，规定党政领导干部因工作严重失误、失职造成重大损失或者恶劣影响，或者对重大事故负有重要领导责任者，不宜再担任现职，本人应当引咎辞去现任领导职务。

2005 年 4 月，全国人大常委会通过《中华人民共和国公务员法》，首次以法律形式明确规定了引咎辞职制度。

进入 2008 年，深圳市龙岗区舞厅火灾、“三鹿奶粉”事件、山西襄汾尾矿库溃坝特大事故等一系列标志性事件，让这一年成为“干部问责年”。有学者指出，对失职官员问责如此集中、如此猛烈，达到了 2003 年以来官员问责的最高峰。

到 2009 年，问责制度化的特征更加明显。江苏、甘肃、河北、重庆、四川等地，相继

针对“庸官”不作为、乱作为和不会作为出台了问责规定。直至 6 月 30 日，中办国办印发《关于实行党政领导干部问责的暂行规定》，干部问责制度化达到了“高峰”。

除了政府信息公开制度与官员问责制度，以 SARS 事件为契机，近十年来，中国还建立健全了突发公共事件卫生应急体系、医疗防疫体系、新闻发言制度、突发事件应对法等制度法规。

“从这个角度来说，SARS 提醒了我们。”学者李培林曾对媒体说，经济增长是有底线的，如果经济增长总是一枝独秀，不能与环境、医疗保障、就业等其他相关因素协调发展，一旦底线被突破，迟早有一天人们会受到来自这些因素缺失的惩罚。

可以说，改革开放后的三十多年中，从未有一起公共事件像 SARS 一样引发如此大规模的反思与制度检讨。SARS 还让一个观念深入人心，就是政府必须给予强有力的监督，才能为人民服务。

2003 年的“五四”纪念日前，学者资中筠曾撰文说，这次“非典”的突然袭击，我国有关当局从一开始到后来态度的转变过程与“五四”的两大主题——科学与民主——有密切关联：

首先是科学：当然医学是科学，但这里科学的含义首先是一种精神，一种价值取向，而不仅仅指科学知识或技术水平。科学精神就是在承认事实的基础上追求真理。把“真实”放在一切其他的考虑之上，例如政治影响、“国家形象”、领导“面子”、部门利益、经济收入、个人仕途等等。在我国，“真实”常常要服从于上述种种考虑，特别是所谓“政治影响”。这是长期以来的政治生活培养出来的一种思维方式，从基层到各级官员都习以为常，几乎成为本能。一发生天灾人祸，首先考虑对外“口径”如何掌握，而不是穷追真相。

关于民主，基本要素之一就是“知情的公众(informed public)”。美国开国领袖之一杰弗逊有一句名言：“在一个文明国家，若指望在无知中得到自由，过去从未有过，将来也决



办不到”。愚民政策显然与民主不相容。特别是在一个需要每一个公民自觉地与政府合作的疫病危机中，把公众蒙在鼓里，如何行得通？这一态度既不科学也不民主，已经造成了惨痛的后果，而且事与愿违，国家形象、政治影响、政府的可信度恰好因此受到严重损害；在政府开始说真话之后，群众却自动把疫情夸大几倍，造成谣言满天飞。中国老百姓的心理，对于坏事总是宁肯信小道而不愿信政府公开发表的消息。这是一种“狼来了”的心理状态，追根溯源，怪不得老百姓。惟一的治疗之道，只有坚持不懈地说真话，假以时日，必见成效。

SARS 后的 10 年，中国经济依旧快速成长。与此同时，根源于政治体制改革滞后的诸多问题日益显露，如贫富分化，官员贪腐，公权对私权的粗暴干涉，住房、医疗、教育等诸多民生问题……另一方面，互联网特别是社交网络、自媒体迅猛发展，与维权运动、公民运动互相支持，在监督政府、信息公开、公民教育、环境保护、市民自治、基层民主方面功莫大焉，中国社会的人心所向、对公权的警惕、对何谓正常规范社会的认识，已大不同于 10 年之前。

SARS 带来了一些制度变迁和观念变化，但民众在维权、参政议政、对政府的监督方面依然还有很长的路要走，或者说，改革距离今日民众的预期还有一定距离。

（实习记者曾宪胤对本文亦有贡献）

（文章来源：《南方人物周刊》）

【原文链接】 【回到目录】



【解】

8-7 王绍光：中国公共卫生的危机与转机



王绍光，香港中文大学教授。

“

由于传染病、流行病具有很强的外部性，会影响到患者以外的很多人，世界各国都是由政府承担起防疫的责任。防疫人员由政府雇用，防疫资金由财政全额拨付。吃皇粮的防疫系统才会别无旁骛。防疫工作有点像国防。不能因为不打仗就放弃国防。

”

2002 年底，一种不明疾病悄然偷袭了广东省。几个月后，这种被命名为“非典型肺炎”（简称“非典”）的致命传染病在中国内地多个省份大规模爆发，并波及香港特区、台湾省和世界上其它许多国家。近几十年来，还从未有一种疾病使人类如此恐慌。

对中国而言，非典的确是突如其来的灾难。不过，在应对非典过程中暴露出来的问题，却以放大的方式凸显了中国公共卫生体系的脆弱性。首都北京的医疗条件在国内可算首屈一指，但面对非典，它在很长时间里手足无措。真正让人们忧心忡忡的是非典会不会传播到内陆省份和广大农村，因为那里缺乏控制疫情的必要财力、人力和物力。非典危机早晚会消退，非典传出的警讯却不容忽视。否则，我们为这场灾难付出的沉重代价便白白浪费了。

本文试图将非典危机放到更大的背景下加以考察，分析它出现的制度性原因。文章分为

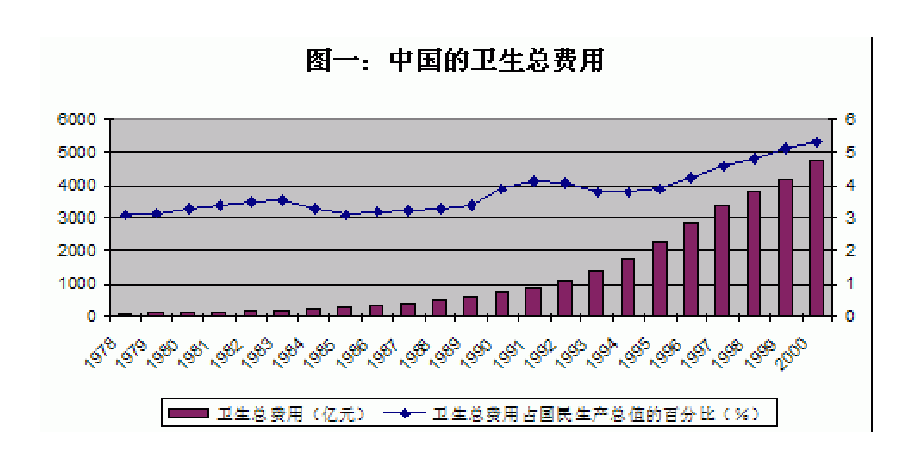


五部分。第一部分提出问题，为什么在卫生总费用大幅上升的同时，中国公共卫生状况改善不大，甚至有恶化的迹像？第二部分指出近年来中国卫生工作中的存在两种迷信，即对经济增长的迷信、对市场的迷信。这两种迷信导致在公共卫生领域同时出现政府失职和市场失灵。接下来的三部分讨论政府失职和市场失灵的后果，包括卫生防疫体系的瘫痪，地区间、城乡间、社会阶层间的卫生不平等，以及医疗体系效率的下降。本项研究发现，中国的医疗卫生体制不仅比已往任何时候都更加昂贵，而且极不公平并效率低下。正是在这样的背景下，非典袭击了我们，给我们的经济和社会带来了难以估量的损失。文章的最后一部分是简短的结论。

问题的提出

有人在谈到非典危机的深层次原因时，特别强调社会整体对公共卫生投入的严重不足。这应是个误解。其实，在过去十几年里，我国卫生总费用可谓飞速增长。从图一可以看得很清楚，在 1990 年以前，卫生总费用一直在低位运行，变化很小。进入九十年代，情况大不一样，几乎是一年上一个台阶。1990 年，卫生总费用不过区区七百余亿元，到 2000 年，这个数字已高达四千七百六十四亿元。短短十年间，卫生总费用增加近七倍，不管是与自己过去比，还是与其它国家比，这个速度都是相当惊人的。当然，与发达国家比，我国的人均医疗卫生支出还不高。但相对自身的经济发展水平，我国卫生总费用已不算太低。从卫生总费用占 GDP 的比重来看，1980 年为 3.28%，1990 年为 3.87%，1995 年为 3.88%。九十年代后半叶，这个比重开始飙升，1999 年第一次达到了世界卫生组织规定的最低标准（5%），次年超过世界平均水平（5.3%），达到 5.7%。随着卫生费用的增加，我国的医疗条件大为改观。与 1990 年相比，2000 年全国医院和卫生院的床位增长 21.2%，专业卫生技术人员增长 15.2%.与 1995 年相比，2001 年全国卫生机构（含诊所）猛增了 70％以上。



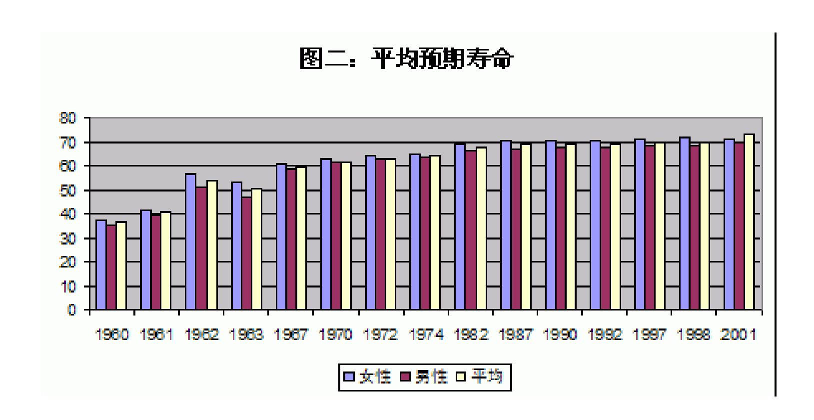


在这样的背景下，我们当然希望看到中国人民的健康状况在这些年里大为改善。但现实并非完全如此。国际上通常用两个指标来反映和比较一个国家国民的健康状况。一是平均期望寿命，一是婴儿死亡率。谈到这两项指标，我们的政府官员往往会很自豪地指出，我国的平均寿命已从解放前的 35 岁上升到 2001 年的 71.8 岁，高于世界平均寿命（65 岁）和中等收入国家的平均寿命（69 岁）。同时，我国的婴儿死亡率也从解放前的 200‰ 左右下降到目前的 32‰，而世界的平均水平是 44‰，中等收入的国家是 30‰。不错，从这两个国际通用的指标来看，中国人民的健康水平总体上的确已经处于发展中国家的前列。达到了中等收入国家的平均水平。但是，人们往往忽略了一个简单的事实：如此辉煌的成就主要是在八十年代以前取得的。图二描绘了我国人均期望寿命在 1960－2001 年间的变化，它清楚地表明，人均寿命的增长基本上是在六十年代和七十年代完成的。八十年代以后，增长似乎失去了动力。

也许有人会说，八十年代以后进步之所以缓慢，是因为人均寿命的基数已经比较大，不像以前基数低时那么容易取得显著的成果。为验证这种说法的合理性，表一将中国在人均期望寿命和婴儿死亡率两方面的进步与其它国家进行了比较。在 1980 年，亚太地区有五个国家和地区的人均寿命高于中国。如果上述说法正确的话，它们百尺竿头、更进一步的可能性应该比中国要小。但实际情况完全不是如此。在 1980－1998 年间，中国的人均寿命增加了两岁，而基数比中国高的澳大利亚、香港、日本、新西兰和新加坡增加了 4－6 岁；与中国基数相同的斯里兰卡，增加了 5 岁。再看婴儿死亡率，在 1980 年，



亚太地区各国都比中国低，但到 1998 年，还有三个国家（韩国、马来西亚、斯里兰卡）的下降幅度比中国大。其余五个国家和地区下降的幅度没有中国大，不过它们的婴儿死亡率已降到千分之五以下，实在很难再降了。



那么，是不是亚太地区不具代表性呢？其实，既使拿中国与世界上其它地区的国家比较，中国在 1980－1998 年间的进步也并不突出。就人均寿命而言，在此期间，低收入国家平均增加了三岁，中等收入国家五岁，高收入国家四岁，世界平均四岁，而中国不过两岁。婴儿死亡率方面的情况也大同小异，在此期间，低收入国家下降了 29‰，中等收入国家 23‰，世界平均也是 23‰，中国不过是 11‰。高收入国家的婴儿死亡率只下降了 9‰，是因为再降的空间实在太小了。

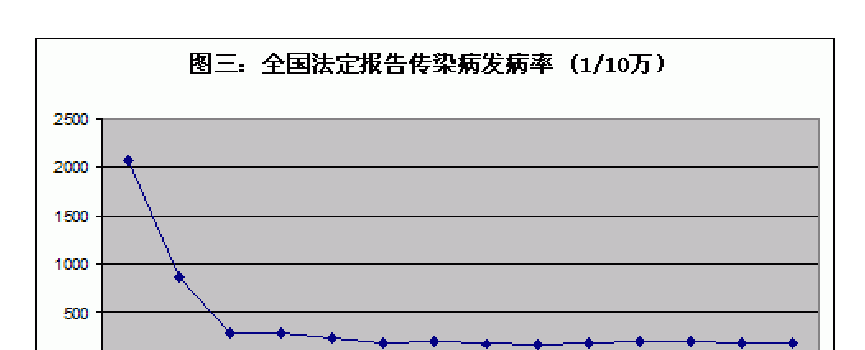
表一：各国健康指标的进步速度

	人均预期寿命		婴儿死亡率		人均预期寿命的增加	婴儿死亡率的下降
	1980	1998	1980	1998		
中国	68	70	42	31	2	-11
澳大利亚	74	79	11	5	5	-6
香港	74	79	11	3	5	-8
日本	76	81	8	4	5	-4
韩国	67	73	26	9	6	-17
马来西亚	67	72	30	8	5	-22
新西兰	73	77	13	5	4	-8
新加坡	71	77	12	4	6	-8
斯里兰卡	68	73	34	16	5	-18
低收入国家	51	55	108	79	3	－29
中等收入国家	64	69	53	30	5	－23
高收入国家	73	77	15	6	4	－9
世界平均	61	65	67	44	4	－23

人均期望寿命和婴儿死亡率是衡量一个国家健康水平的重要标尺。八十年代以来，中国在这两方面进展缓慢，是不是意味着中国的发展模式有偏差呢？早在九十年代初，这个问题已引起了印裔诺贝尔经济学奖得主亚马达－森（Amartya Sen ）的关注，他为此还



与一位研究中国经济的英国专家你来我往展开了一场辩论。



进入九十年代下半叶，中国健康领域的不祥之兆似乎越来越多。本来，中国在传染病和地方病的防治方面曾取得过举世公认的巨大成就，充分显示了社会主义制度的优越性。但最近的一些趋向十分令人不安。我国法定报道传染病的发病率 50 年代是，每 10 万人 3200，到 1990 年已下降到每 10 万人 292.此后，进展开始放缓；1995 年以后甚至有回升的迹象（见图三）。结核病便是一个例子。在建国的头三十年，虽然资源比较匮乏，结核病的发病率下降了 60－70%；后二十年，尽管资金更加充裕，治疗手段更加成熟，发病率不仅没有下降，反而有上升的趋势。据估计，中国大约有四亿人受过结核病感染，其中将近 10%的人会发病。目前，全国约有 500 万肺结核患者，居世界第二，占全球结核病患者总数的四分之一，而且其中相当多的人已具有抗药性。病毒性肝炎的情况更是不容乐观，其发病率高于结核病，并一直居高不下。现在，中国乙型肝炎病毒携带者的数量高居世界第一。很明显，这样的世界第一、第二绝不是什么值得夸耀的事。

此外，本来已被彻底消灭的各种性病（如淋病、梅毒）又死灰复燃，并在各地泛滥成灾。由外国传入的艾滋病迅速蔓延，每年感染人数以 30%的速度上升。根据最新官方数据，我国艾滋病感染者已达 100 万人。既使我们接受这个保守的估计，如果感染人数增长的势头不减，到 2010 年，总感染人数可高达 1000 万至 2000 万，会再创一个不光彩的世界第一。与那种灾难性后果比起来，目前让人谈虎色变的区区几千例非典型肺炎真可谓是小巫见大巫了。



表二：几种传染病的发病率 （1/10 万）

	1995	1997	1999	2000	2001
肺结核		32.73	39.03	41.68	44.06
病毒性肝炎	63.57	64.35	68.93	63.04	65.15
淋病	11.64	12.87	20.63	18.31	14.62
梅毒	0.54	1.68	4.16	4.73	4.56
艾滋病	0	0.01	0	0.01	0.03

地方病方面的形势令人喜忧参半。一方面，大骨节病，“克山病”，碘缺乏病的患者人数有所减少；另一方面，上世纪五、六十年代已被送走的瘟神血吸虫病又卷土重来。血吸虫病曾困扰中国人达 2000 年之久。对此毛泽东感叹地写道：“绿水青山枉自多，华佗无奈小虫何”。解放前，全国有 2000 多万患者。那时，疫区的情况是“千村薜荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌。”。五、六十年代，中国政府领导疫区人民打了一场消灭血吸虫的人民战争，基本上消除了这种地方病。但八十年代后期，血吸虫病重新出现。如表三所示，近年来，血吸虫病的流行县有增无减，患者人数上下反复，呈胶着状态，并没有好转的迹象。在有些地方，如江西的都昌县，湖北的荆州、沙市、江陵、黄石、阳新等县市，形势还十分严峻。

表三：血吸虫病的流行情况

	流行县市区数	流行区人口数（万人）	年底实有病人数	期内治疗病人数	累计达到消灭标准县市区数
1995	391.0	6189.5	927514.0	339512.0	222.0
1997	404.0	6667.5	790851.0	294373.0	234.0
1999	409.0	10454.5	366784.0	309856.0	238.0
2000	413.0	8471.0	694788.0	356885.0	243.0
2001	418.0	9903.0	820776.0	367057.0	247.0

其它公共卫生问题，如职业病严重、精神病发病率上升、自杀率远远超过世界平均水平、食品卫生和环境卫生恶化、等等，限于篇幅，不在此一一讨论。

改革开放以前，尽管中国经济的底子很薄、人民的物质生活水平很低，但在公共卫生领域，中国曾经被看作一个非常成功的典范。刚解放时，中国人民的健康指标属于世界上最低水平的国别组。到七十年代末，中国已成为拥有最全面医疗保障体系的国家之一，80－85％的人口享有基本医疗保健。这使得人均寿命从旧中国的不到 40 岁提高至七十年代末的近 70 岁，婴儿死亡率从 195‰降到 41‰。直到八十年代，每逢国际组织对各



国进行排序，按人均 GDP ，中国的排名虽然不高，但按健康水平，排名则高得多，赢得广泛的赞誉。

改革开放以后，中国经济创造了连续二十多年高速增长的奇迹，科学技术取得了长足的进步。与此同时，人均卫生费用大幅上升。在这个背景下，公共卫生事业本应得到更快的发展，但结果却令人失望。世界卫生组织（WHO ）2000 年对全球 191 个成员国的卫生总体绩效进行了排序，中国被排在 144 位，比埃及（63）、印度尼西亚（92）、伊拉克（103）、印度（112）、巴基斯坦（122）、苏丹（134）、海地（138）还要低，而据世界银行《2002 年度世界发展报告》估算，这些国家的人均 GDP 都没有中国高。这对习惯听到国际组织夸耀中国经济成就的我们来说，不啻是一副很好的清凉剂。

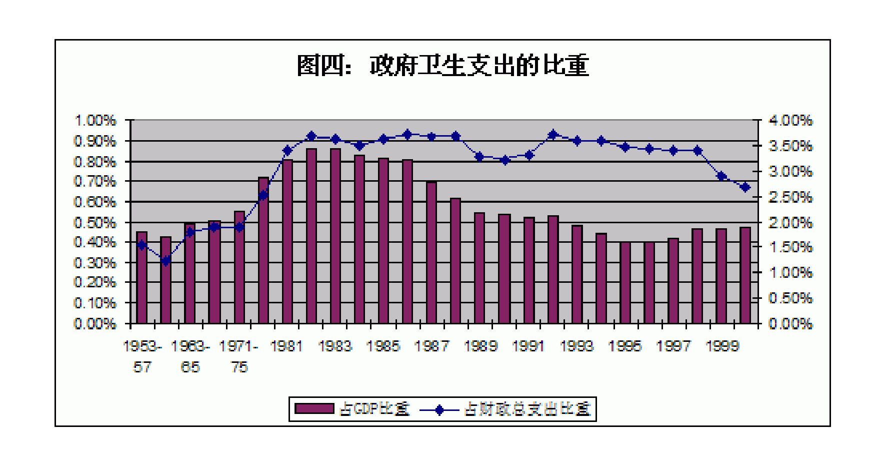
为什么经济底子厚了、科技水平提高了、花钱多了，但公共卫生的状况却恶化了？对这个问题，我们早就该反思了。非典的危机警示我们：再不反思，更大的灾难随时可能发生。

指导思想的误区

中国的公共卫生形势之所以恶化，卫生部门当然要负一定责任，但更主要的原因恐怕与我们改革总体思路中隐隐约约存在的两种迷信有关。

对经济增长的迷信长期以来，我们一直强调发展是硬道理。本来，这里“发展”二字的含意是经济社会全面的进步，绝不仅仅是指经济增长。但在实际工作中，各级政府往往把“发展是硬道理”理解为“经济增长是硬道理”；更进一步，“经济增长是硬道理”又往往被理解成，为了追求经济尽快增长，其它一切都要让步，都可以被牺牲，包括生态环境、就业、职工权益、公共卫生。当一些人说希望“用发展的办法解决前进中的问题”时，他们往往假设只要经济持续增长、饼越做越大，其它一切问题都会迎刃而解。尽管政府从未公开说过公共卫生不重要，但其财政资源的分配清楚告诉我们，公共卫生不是它关心的重点。





图四中所谓“政府卫生支出”包括两大块，一块是“卫生事业费”，一块是“卫生基建投资”。政府对卫生工作还有其它项目的支出，但这两项是大头，其余的是小头。图四告诉我们，无论是政府卫生支出占财政总支出的比重，还是占 GDP 的比重，在“一五”至“五五”期间都是呈上升态势，双双在改革开放初年达到历史最高点。1983 年以后，1992 年以前，卫生支出占财政总支出的比重时起时伏，好像变化不大。但是，在此期间，由于实行“放权让利”的财政包干制，政府财政收支占 GDP 比重急剧下降，结果导致卫生支出占 GDP 比重一路下滑。1992 年以后，尽管政府对卫生投入的绝对数在增加，卫生支出占财政总支出的比重狂跌不止，到 2000 年也没有止住。到 1995－96 年，卫生支出占 GDP 的比重也跌到了历史最低点。只是在最近四、五年，该比重才有轻微回升。“一打纲领不如一个行动”，从政府过去 20 年的财政支出结构看，公共卫生的确一直不是其重点。

当然，我们并不是说，经济增长一定不会带来公共福利（包括公共卫生）的改善。

当经济增长的成果为全社会各阶层共享时，公共福利当然会得到改善。然而，当经济增长的成果为某些社会阶层独享时，不管增长的速度有多快，它都不可能改善全社会的公共福利状况。这样的例子举不胜举，早在七十年代就引起了发展研究学者的注意。只可惜，我们在过去二十年里埋头“一心一意谋发展”（实际上是“一心一意谋经济增长”），把别国惨痛的教训完全忘到了脑后。经济增长固然是硬道理，社会公正更是硬道理。前者只是手段，后者才是目的。手段要服从目的，决不能本末倒置，让目的服从手段。

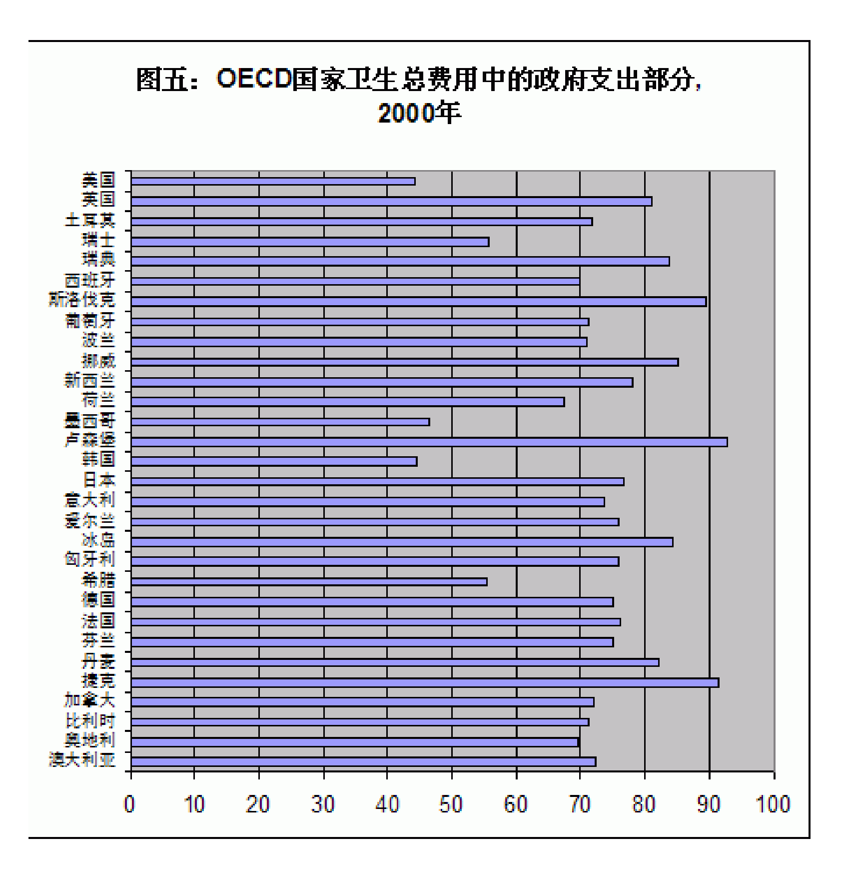


正是由于目标模糊，中国的改革已从一种“全赢游戏”转变为“零和游戏”。如果说 1992－93 年前，社会各阶层都能或多或少从改革中受益的话，此后，改革的红利逐渐集中到某些社会集团手中，而改革的成本却要由广大农民和工人来承担。随着中国从一个非常平等的国家变成一个非常不平等的社会，经济增长已开始与公共福利的改善脱节。1993 年以后，我们的经济平均每年增长 8－9%，但也正是在这个时期，我们的公共卫生状况恶化了，社会危机加剧了。我们现在正在品尝自己酿成的苦酒。

对市场的迷信卫生改革是从 20 世纪 80 年代开始的。当时面临的问题带有“短缺经济”的特征，如“看病难、住院难、手术难”。为了缓解供需矛盾，80 年代卫生改革的重点是扩大卫生服务的供给，搞活卫生机构内部的运行机制。为此，政府相继推出了一系列鼓励扩大卫生服务供给的政策。如 1980 年国务院批转卫生部《关于允许个体医开业行医问题的请示报告》，1985 年国务院批转卫生部《关于卫生工作若干政策问题的报告》，1989 年国务院批转《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》。随着卫生事业规模迅速扩大，医院装备质量明显改善，到八十年代末，城乡居民看病难、住院难、手术难的问题已基本解决。

九十年代以后，建立市场经济被确立为改革的目标，医疗卫生事业也逐步被推向市场。医疗保险制度改革的核心是建立分担机制，使国家不再“包揽过多”；医疗机构改革的重点是调整医疗服务价格体系，建立所谓“合理的补偿机制”；药品生产流通体制改革则着眼于引入竞争机制。在所有这些改革背后都有一个未加言明的假设：市场可以提高资源配置的效率，包括医疗卫生资源。





实际上，这个假设的后半部分是完全错误的。在公共卫生领域（即社会全体成员预防疾病、增进健康的事业），人们的行为具有很强的外部性（如为避免医院的收费，非典患者可能不去就医，结果把病毒传染给其他人）；而医疗领域的特征则是供需双方的信息不对称（如医生给患者开一些不必要的药、或高价的药）。既使按照市场经济的理论，这两个领域也充满了“市场失灵”。大多数发达的市场经济国家之所以避免让市场力量支配医疗卫生领域，道理就在于此。从图五可以看出，在 OECD 国家中，卫生总费用的绝大部分是由政府承担的。在这三十个国家中，只有五个政府承担的份额小于 70%.中国的情况如何呢？在改革开放初期，政府预算支出占卫生总费用的比重为 36%，本来就不高；到 1990 年，下降到 25%；到 2000 年，下降到 14.9%.这意味着，在 20 年时间里，政府预算卫生支出比重平均以每年 1 个百分点的速度下降。与此同时，社会支出的份额（公费医疗经费）也从 44%下降到 24.5%。反过来，居民个人卫生支出的比重节节攀升。1980 年，居民卫生支出占卫生总费用的比重不过 23%；到 2000 年，已高达 60.6%。换句话说，过去这些年中国卫生总费用的增长主要是由居民个人负担的。怪不得老百姓觉



得医疗卫生的负担越来越重呢。

图六：中国卫生总费用构成 （%）

与其它国家进行比较，我们发现，中国的医疗卫生领域恐怕是世界上最市场化的之一。以前，有些人总是以中国是发展中国家来反对政府对医疗卫生“包揽太多”。看看表四便会明白，这种托词实际上没有任何道理。2000 年中国卫生总费用占国内生产总值的 5.3%，略高于世界卫生组织规定的 5%的下限。其中居民个人支出部分占 60.6%，而这一比例在发达国家是 27%。既使排除发达国家，这个比重在其它国家也低得多，包括最不发达国家。如果世界上最穷的国家都能由政府负担近六成的医疗卫生费用，经济欣欣向荣的中国有什么理由做不到呢？

表四：各国卫生支出结构的比较（%），2000年

	卫生总费用占GDP比重	个人负担比重	政府负担比重
中国	5.3	60.6	39.4
发达国家	8.5	27.0	73.0
转型国家	5.3	30.0	70.0
最不发达国家	4.4	40.7	59.3
其它发展中国家	5.6	42.8	57.2
世界平均	5.7	38.2	61.8

医疗卫生费用由个人还是由政府负担决不是钱来自左口袋还是来自右口袋的问题。如果医疗卫生费用主要由个人负担，收入和财富的分配便在很大程度上决定了人们是否能获取必要的医疗保健服务。除非收入和财富在社会各阶层的分配相当平等，否则经济上的不平等必然转化为医疗卫生上的不平等。而医疗卫生上的不平等又会影响到全体国民的总体健康水平。如果医疗卫生费用主要由政府负担，既使是穷人也能够享受起码的医疗卫生服务，从而有利于提高全民族的健康水平。



对经济增长和市场的迷信造成了指导思想的偏差。如果说在八十年代，指导思想的偏差还没有明显后果的话，随着时间的推移，其恶果已越来越明显。结果，虽然经济繁荣了，种种危机却此起彼伏。具体到公共卫生领域，前一种迷信导致了政府失职，即该由政府承担的责任政府没有承担起来；后一种迷信导致了市场失灵，即市场对医疗卫生资源的配置既违反公平原则，也效率低下。在以下三节中，我们将逐一讨论政府失职和市场失灵的三种主要后果。

“重医疗、轻预防”：卫生防疫体系不堪一击

新中国成立以后，在很长时期里，政府医疗卫生工作的重点放在预防和消除传染病等基本公共卫生服务方面。当时的口号是“预防为主”。通过一方面推行预防为主的方针，另一方面采用低成本的医疗技术，中国得以在经济发展水平不高的条件下保证人人享有基本的医疗保健服务，创造了名满天下的“中国模式”。广大居民，尤其是农村居民无需支付高额费用就能享受到基本卫生保健服务。基本卫生保健服务的广泛可及性和公平性大大改善了中国城乡居民的健康状况。

然而，进入 20 世纪 80 年代以后，过去成功的模式被人贴上了“平均主义”和“低水平”的标签，医疗卫生工作的重点也悄然从农村移向城市、从“重预防”移向“重医疗”，从低成本移向高科技－高成本。虽然政府口头上仍强调“预防第一”，但实际上，城市的医疗才是第一。医院购买昂贵的大型医疗设备的费用比较容易得到政府批准。在过去十几年里，卫生系统的大型医疗仪器设备更新换代很快，医疗设备明显改善。现在几乎所有部属医院都拥有八十年代初期罕见的 800MA 以上 X 光机、CT、ECT 、彩超、肾透析仪等。省属医院这五类设备拥有率也在 50％以上，地区、地辖市和县级医院的设备配置水平没有大城市医院那么高，但它们中相当一部分也拥有先进的医疗设备。随着医疗仪器的普遍改善，医院提高了对疑难病征的诊断水平，降低了误诊率。这当然是应该肯定的。但是，对高科技的迷信导致大量宝贵的卫生资源流向耗资巨大的先进医疗设备，从而减少了用于卫生其它方面的资金。事实上，中国一些大城市的卫生资源占有量已经



达到和超过发达国家的水平。以伽马刀为例，瑞典是发明伽马刀的国家，全国只有一台，而中国仅报到卫生部的就有三四十台。另外，如 CT 等设备的拥有率，中国的一些城市也超过欧美主要大都市的水平。更糟糕的是，在有些地区，大型医疗设备超过了实际需求，致使相当一部分设备开机时间不足，造成卫生资源的浪费。

与此形成鲜明对比的是，开展疾病预防、检测等所需的经费总是很紧张。许多时候不到疾病蔓延就没有财力上的投入。而疫情一过去，资金的流入马上也断了线。产生了“财神跟着瘟神走”的现象。之所以会出现这样的局面，其基本原因在于，现在的医疗卫生体制完全变成了一种营利性产业。为了追求利润最大化，各级医疗卫生机构都着眼于鼻尖上那点蝇头小利，全局的得失根本不在其考虑范围之内。由于防疫比治病的收入要低得多，谁还愿意把精力花在防疫上呢？让人病了以后再来就医收入肯定会更高一些。

防疫部门得不到足够的财政拨款，便无法添置新的检疫设备。在中西部广大农村，很多县及县以下防疫机构已经多年没有更新化验仪器，有些连给职工发工资都十分困难。在这种条件下，让他们控制传染病和流行病，实在是勉为其难。由于经费短缺，为了生存，许多卫生防疫机构只好想方设法自筹资金，靠创收弥补经费的缺口。因此，相当多的保健站不得不把主要精力用于开展门诊、住院等有偿服务；而卫生防疫站则千方百计以“卫生监督”的名义靠罚款收入度日，使预防和控制大规模疫情的能力急剧下降。尤其是在农村的很多地方，公共卫生事业已经到了濒于崩溃的边缘。目前政府对县级预防保健机构的拨款只占其支出的三分之一左右，其余部分款项来自业务收入。在政府投入严重不足的情况下，据卫生部负责人透露，现在全国县级以下公共卫生机构只有三分之一仍在较为正常地运转，另外三分之一正在瓦解的边缘挣扎，还有三分之一已经垮台了。由此看来，中国卫生防疫这张网已经是千疮百孔了。这次非典危机中，为什么各级领导生怕疫情传入农村？因为他们现在终于意识到了忽略卫生防疫的危险性有多大。

由于传染病、流行病具有很强的外部性，会影响到患者以外的很多人，世界各国都是由政府承担起防疫的责任。防疫人员由政府雇用，防疫资金由财政全额拨付。吃皇粮的防



疫系统才会别无旁骛。防疫工作有点像国防。不能因为不打仗就放弃国防。“养兵千日、用兵一时”。一旦有了敌情，平时国防投入的意义就会显现出来。既使没有敌情，也不意味着国防投入没有必要。很可能正是因为国防坚实，敌人才不敢贸然进犯。同样的道理，日常的防疫工作看起来要花些钱，但这总比疫情爆发后不得不投入巨额资金要合算得多。前些年，我们让军队“忍耐”，大幅消减军费，结果不得不允许军队经商、打野食，搞得部队松松垮垮。教训十分惨痛。这次非典结结实实给了我们一个忽视卫生防疫的教训。

卫生保健严重不公平

2000 年，世界卫生组织对 191 个会员国的卫生系统分三个方面进行了绩效评估。在卫生负担公平性方面，中国被排列在第 188 位，即倒数第四位，仅比巴西、缅甸、塞拉里昂稍强，属于世界上最不公平的国家。而一向被我们看作“贫富悬殊极大”的印度却排名第 43 位，居世界前列，远远超过我国。遭受近十年经济制裁的伊拉克表现也不俗，排在第 56 位。其它发展中人口大国如巴基斯坦、印度尼西亚、埃及、墨西哥都排在中国前面。这对一个自称"社会主义"的国家来说，实在是莫大的耻辱。

表五：2000 年世界各国卫生负担公平性排名

国家	排名	国家	排名
哥伦比亚	1	伊拉克	56
德国	7	巴基斯坦	63
日本	9	印度尼西亚	73
瑞典	14	蒙古	97
古巴	24	埃及	126
法国	27	墨西哥	144
印度	43	俄国	185
美国	54	中国	188

我们不能简单用世界卫生组织不了解情况或存在偏见来解释这个排名。二十年前，同一组织对中国的公共卫生体系可是赞不绝口的。勿庸置疑，我们的医疗卫生领域的确出了问题。国内统计数据在很大程度证明世界卫生组织的评估与实际情况基本上是吻合的。我国的卫生保健不平等主要表现在三个方面：地区差距、城乡差距和阶层差距。

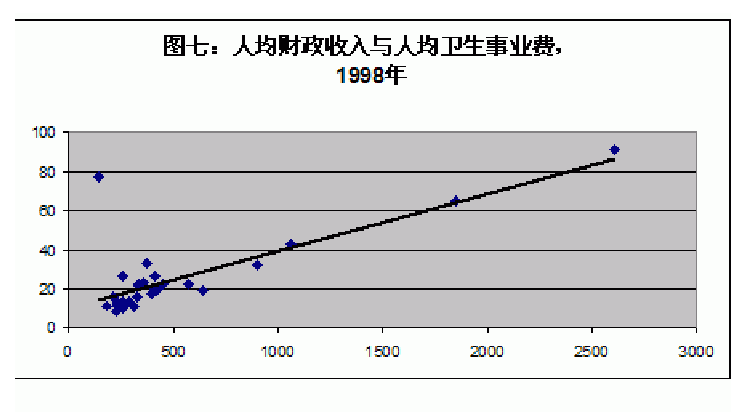
地区差别近年来，中国的地区差距已经引起了国内外广泛的关注。但迄今为止，大多数

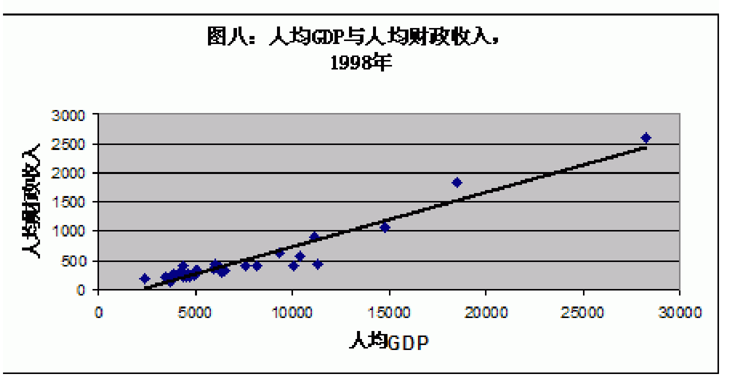
关于地区差距的研究偏重经济方面的差距。实际上，在卫生保健方面地区差距也不小。

卫生保健方面的地区差距首先表现在卫生费用的分布上。如上所述，卫生费用由两大部分组成：政府预算对卫生事业的拨款和居民个人在医疗保健上的开销。

按道理说，预算对卫生事业的拨款不应存在太大地区差距。毕竟，政府有责任为所有公民（不管他们住在国内的任何地方）提供大致相同的基本公共服务，包括卫生保健。但中国的情况不是这样。在中国，卫生事业费主要来自地方财政，而不是中央财政。例如，2001 年全国卫生事业费总额为 546 亿元，其中中央部分只有 35.43 亿元，占总额的 6.5%. 其余 510 亿多元来自各省地方财政。这种格局就决定了各省人均卫生事业费的高低取决于其财政实力。图七清楚表明了这一点。各省的人均卫生事业费与其人均财政收入是如此高度相关，以致于几乎所有的点都落在那条相关线上。唯一的例外是西藏。虽然西藏的人均财政收入低于所有其它省份，但它的人均卫生事业费仅低于上海，高过任何一个省。之所以会出现这种情况，是因为西藏是唯一实行全民医疗保障的省份，资金的不足部分，全额由中央财政补贴。除了西藏，别的省份基本上都得依靠自身的财力来解决卫生事业费。

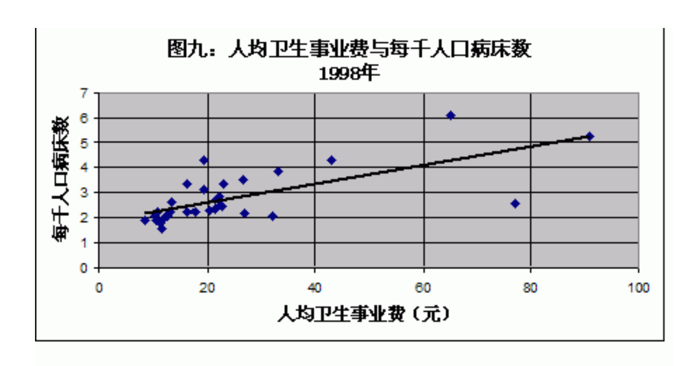


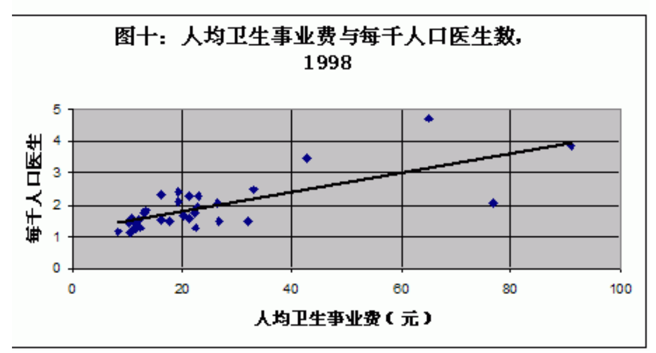




那么各省人均财政收入的水平又是什么决定的呢？看看图八，答案就一目了然了：经济实力越强、人均 GDP 越高的省份，人均财政收入也越高。自从八十年代初中国实行“分灶吃饭”的财政包干体制以后，各省政府为本地居民提供公共服务的水平就取决于本省的经济发展水平。在全国范围内，缺乏一套有效的财政转移支付体制来平衡各地的公共服务水平，包括医疗保健水平。1994 年实行“分税制”后，情况有所改善，但到目前为止，中央财政的实力还不够强，跨地区财政转移支付的力度还不够大，因此，各省的人均卫生事业费、教育事业费等还相去甚远。从图七可以看出，1998 年，各省人均卫生事业费最高的达 90 元（上海），最低的只有 8.5 元（河南），两者相差十倍之多，真可谓天壤之别。





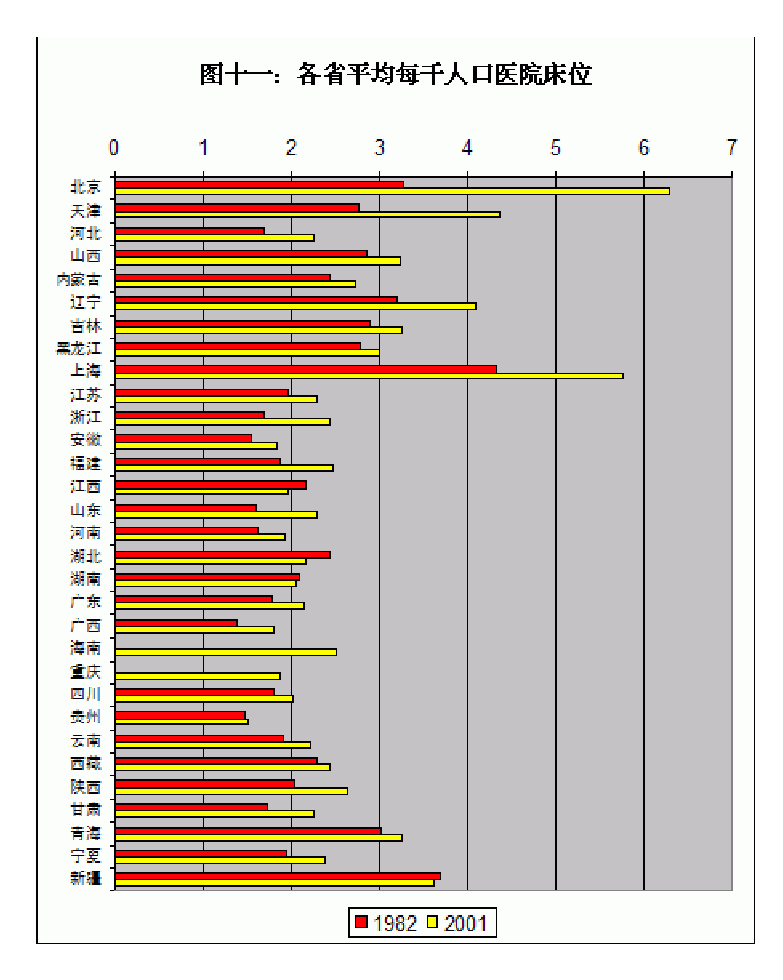


年复一年，人均卫生事业费的分布都是这样不平等。久而久之，卫生事业费的差距转化为卫生设施的差距。图九和图十描绘了人均卫生事业费与平均每千人口病床数以及每千人口医生数的关系。看得出来，人均卫生事业费越高的省份，每千人口平均拥有的医院床位和医生也多一些。两个省份比较例外。一个是北京，它的人均卫生事业费没有上海高，但人均床位数和医生数却拔得全国头筹，因为卫生部直属的很多医疗机构设在首都。另一个是西藏，由于是少数民族占人口绝大多数的地区，有来自中央的特别补贴，人均卫生事业费很高，不过人均床位数和医生数在全国排位属于中等水平。不管怎么说，图九和图十显示，各省间卫生设施的差距实在不小。

二十年前当然也存在着地区差距，但差距远没有现在这么大。图十一对比了各省在改革初期和现在的每千人口医院病床数。在 1982 年，上海条件最好（4.33），广西最差（1.39），两者相差 3.1 倍。到 2001 年，中国医疗条件最好的地方是北京，那儿每千人口病床数为 6.28；而条件最差的省份是贵州，每千人口病床数只有 1.51；两者相差 4.2 倍。在这二十年，在北京、上海、天津三个直辖市和沿海省份，医疗条件得到了明显的改善。中西部省份则没有那么幸运，它们一般改善的幅度极为有限（如贵州、西藏、青海），有些



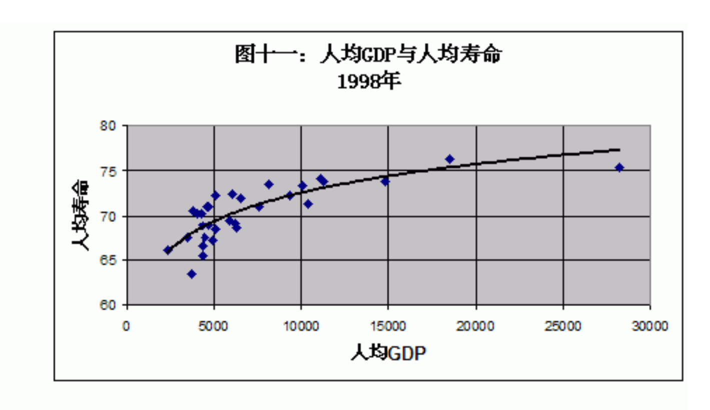
省至少就每千人口病床数而言，情况还稍许有些恶化（如湖北、湖南、江西、新疆）。此次同为非典重灾区，北京每千人拥有的医院床位数为 6.28 张，山西省 3.23 张，内蒙 2.7 张。实际上，从图十一可以看出，山西和内蒙的卫生设施并不算差。全国有一半省份的医疗条件比它们还有糟糕。面对非典，北京尚且手忙脚乱，山西、内蒙更是紧张万分，万一疫情传到那些医疗条件连它们都比不上的省份，其后果可想而知。



上面说的都是与政府卫生事业费相关的问题。这笔资金固然很重要，但它在卫生总费用中只占小头，居民个人在医疗保健上的支出才是大头。显而易见，居民个人平均医疗保健支出在各省的分布完全取决于当地人均收入的高低。各省间经济差距有多大，居民个人医疗保健开支的差距也就有多大。既然，无论是政府预算对卫生事业的拨款，还是居民个人在医疗保健上的开销都存在着巨大的地区差距，可想而知各省居民的健康状况也不可避免地会有差异。如果用人均期望寿命作为衡量各地总体健康状况的指标，我们发



现，各省的人均 GDP 与人均寿命高度相关（见图十一）。人均寿命最高已达约 77 岁，而最低只有 63.5 岁。与世界各类国家进行比较，中国各类省份的卫生设施和健康指标可以证实胡鞍钢的这样一个判断：中国国内存在着“四个世界”。北京、上海可以与发达国家媲美；东北三省和东南沿海省份与东欧转型国家不相上下；中西部省份略比一般发展中国家好一些；有些西部省份比发展中国家还差一点，但比最不发达国家强。



表六：一个中国、四个世界

	平均预期寿命	每千人口医生数	每千人口医院床位数
北京	76.41	4.62	6.28
辽宁	72.27	2.45	4.08
湖北	68.67	1.72	2.17
西藏	63.53	1.99	2.43
发达国家	78.6	3.14	8.57
转型国家	68.4	2.99	6.53
一般发展中国家	67.3	1.12	2.08
最不发达国家	52.0	0.14	0.67

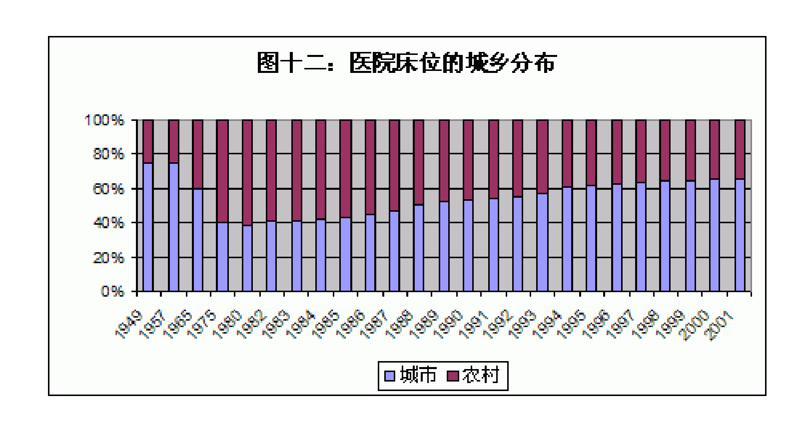
城乡差别解放以前，中国农村缺医少药，传染病、地方病肆虐，广大农民的健康水平十分低下。新中国成立以后，人民政府在发展经济的同时，大力发展农村卫生事业，广泛建立了基层卫生组织，改善了农村的卫生状况。但是毛主席对进步的幅度并不满意。1965 年 6 月 26 日，他发表了著名的“六二六指示”，号召“把医疗卫生工作的重点放到农村去”。此后，医疗资源“重城市轻乡村”的情形得到扭转。以全国医疗卫生机构病床的分布为例，1965 年农村只占总数的 40%，短短十年后，到 1975 年，这个比重已提高到 60%（见图十二）。这种根本性的转变，极大地改善了农村的医疗条件。同时大批城市医疗专业人员组成巡回医疗队奔赴农村，为提高农村基层卫生组织防治疾病水平、培训赤脚医生发挥了很大的作用。1968 年底，毛主席又批示推广湖北省长阳县乐园公社的合



作医疗经验，并很快在全国掀起了举办合作医疗的高潮。到 1980 年，全国农村约有 90% 的生产大队（行政村）实行了合作医疗，形成了集预防、医疗、保健功能于一身的三级（县、乡、村）卫生服务网络。这个网络，除了 51 万正规医生外，拥有 146 万不脱产的生产大队赤脚医生、236 万生产队卫生员、还有 63 万多农村接生员。中国农村这次卫生革命基本上实现了“小病不出村、大病不出乡”的目标，被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”。当然，既使在这个时期，城乡之间在医疗卫生方面的差距依然存在，但毕竟比以前大大缩小了。那么，改革开放以后的情况如何呢？

首先让我们看看政府卫生经费在城乡之间的分配。我国不仅存在着二元经济，还存在被户口区隔的城乡二元社会，以及与此相适应的二元财政：财政收入主要来自城市经济，财政支出、尤其是公共服务方面的支出主要用于城市居民。八十年代财政实行“分灶吃饭”以后，财政对农村医疗卫生的支持力度进一步被削弱。按照当时分权的财政体制，财政经费逐级下放给省、县、乡各级政府自行支配；同时规定，卫生系统的资金由地方财政拨付。由于从上到下各级政府对领导干部的考核都是看经济效率方面的业绩，农村的医疗卫生工作从未得到足够的重视。再加上很多地方财政收支捉襟见肘，致使县乡两级在编造预算时，卫生经费往往是能压缩就压缩。既使经费拨到卫生项下，也常常被截留或挪作它用。1994 年财政进行分税制改革后，情况有所改善，但财政对农村卫生服务的支持力度依然不大。我们没有政府卫生事业费在城乡分布的系统数据，但 1998 年一年的情况也许可以说明问题。那一年，全国卫生总费用为 3776.5 亿元，其中政府投入为 587.2 亿元，用于农村卫生费用为 92.5 亿元，仅占政府投入的 15.9％。当年，城镇人口为约 3.79 亿人，平均每人享受相当于 130 元的政府医疗卫生服务；乡村人口为 8.66 亿，平均每人享受相当于 10.7 元的政府医疗卫生服务；前者是后者的 13 倍。政府对自己的公民如此不一视同仁，这在世界其它国家是极为罕见的。





再看医疗保险。目前，医疗保险占卫生总费用的四分之一左右。我国现行的医疗保障制度同样存在着严重的城乡不公。以前，城镇从业人员享受公费医疗或劳保医疗；现在，他们不同程度受到社会医疗保险的呵护。2000 年，企业职工医疗保障费约为 600 亿元左右，行政和事业单位职工医疗保障费也在 600 亿元左右，两者相加总共为 1168 亿元。但是，这么大一笔钱所保障的只有大约 7000 万城镇居民，平均每人 1670 元。还不到全国 13 亿人口 6%.然而，绝大部分农村居民没有任何社会医疗保障，卫生保健完全靠自费。

上面提到，我国农村曾实行过广受国际赞誉的合作医疗制度。但是，实行联产承包责任制以后，家庭成为农村的基本生产单位。同时，政府对合作医疗又采取了放任自流的态度。失去了政策的支持，集体经济的衰落又瓦解了其赖以生存的经济基础，农村合作医疗因而迅速崩溃。取消人民公社两年后，1985 年的一项调查表明，全国继续坚持实行合作医疗的行政村由过去的 90%猛降至 5%；1989 年，这个比重降到 4.8%.仅存的合作医疗主要分布在上海郊区和当时以集体经济为特征的苏南地区。

九十年代初，中国政府向世界卫生组织承诺，到 2000 年中国将全面改善农村初级卫生保健工作。为此，政府提出了“恢复与重建”合作医疗制度的任务，但这个号召没有得到广大农民的响应，各地的合作医疗试点大部分都以失败而告终。其主要原因是政府无意承担农民医疗保障的责任，反倒坚持“筹资以个人投入为主，集体扶持，政府适当支持”。实际上，相当多的县乡两级财政是吃饭财政，难以“支持”农民医疗保障；乡村集体经济脆弱，无力“扶持”农民医疗保障；结果担子最后还是压在农民自己肩上。所



以，虽然经过十来年的努力，农村合作医疗制度并没有像预期的那样得到恢复，其覆盖率在农村始终低于 10%的水准。根据卫生部 1998 年进行的“第二次国家卫生服务调查”，全国农村居民中得到某种程度医疗保障的人口只有 12.68%，其中合作医疗的比重仅为 6.57%.换句话说，87.32%的农村居民没有任何社会医疗保障，成为毫无保障的自费医疗群体。前卫生部长张文康承认，既使这小得可怜的覆盖面也还不巩固，往往是“春办秋黄，一进、二送、三垮台、四重来”。

表七：农村居民医疗保障情况

调查项目	农村合计	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
1993					
合作医疗	0.10	0.35	0.02	0.04	0.02
自费医疗	84.11	64.14	88.10	95.40	83.07
1998					
合作医疗	6.57	22.22	3.61	1.61	1.83
自费医疗	87.32	71.79	92.53	94.78	81.49

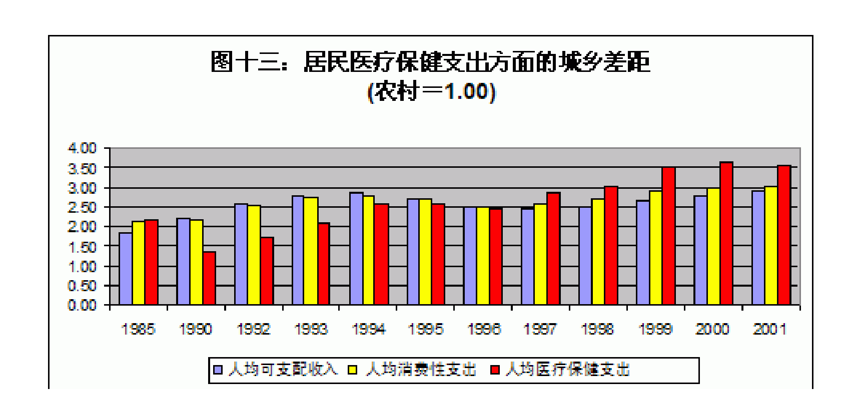
2001 年，城镇居民的可支配收入是农村居民纯收入的 2.9 倍，还可以享受由国家补贴的医疗保障；农民收入低得多，却必须承担医疗保健的所有费用。中国卫生保障制度如此不公平，实在令人触目惊心。

最后，我们来看看居民自己掏腰包的医疗保健支出。前面已经提到，这是当今中国卫生总费用的大头，占 60%左右。图十三给出三组数据，即城乡之间人均可支配收入的差距、人均消费性支出的差距、人均医疗保健支出的差距。早在 1985 年，城乡居民在医疗保健支出方面的差距已经是两倍之遥，不过与其它两方面的差距大致相同。进入九十年代后期，医疗保健支出方面的差距远远超过其它两方面的差距，达 3.5 倍以上。以 2001 年为例，农村居民的人均医疗保健支出为 96.61 元，城镇居民为 343.3 元，两者相差 3.55 倍。

将政府预算卫生拨款、医疗保障和个人医疗保健支出三方面的差距加在一起，便是城乡之间卫生费用的差距。根据上面的分析及其它有关数据，我们测算，2000 年，中国卫生总费用为 4763.97 亿元，其中农村卫生费用 1073.6 亿元，占总费用 22.5%；城镇卫生费用 3690.2 亿元，占总费用 77.5%。同一年，全国 12.7 亿人口中，63.8%是农村居民，36.2

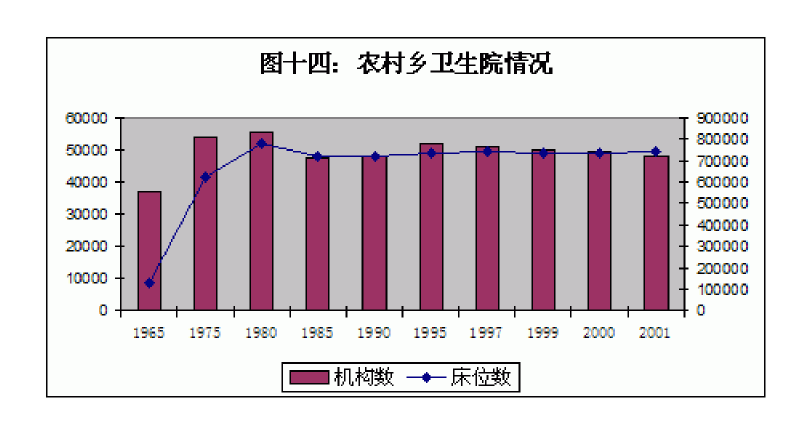


是城镇居民。换言之，占全国三分之二人口的农村居民只拥有不到四分之一的卫生总费用，而占人口三分之一的城镇居民享有四分之三以上的卫生总费用。这种不公平不要说与社会主义的理念绝然对立，就是与最起码的平等观念也相互矛盾。更让人不安的是发展趋势。据测算，1993 年农村卫生费用占全国卫生总费用 34.9%，1998 年为 24.9%，而 2000 年仅为 22.5%，七年里下降了十多个百分点，平均每年以近两个百分点递减。如果这个趋势持续下去，真不知农村份额将伊于胡底。



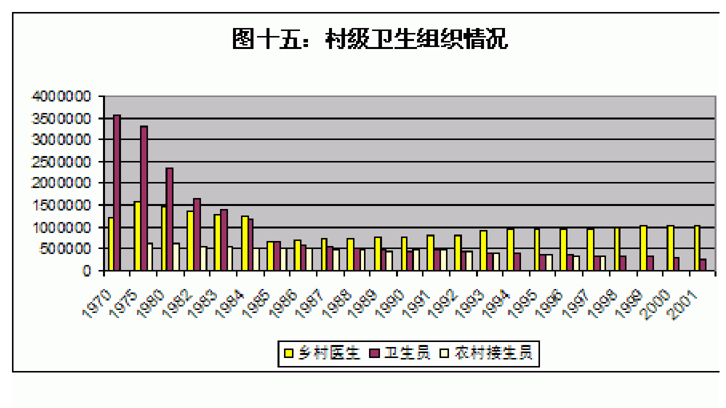
卫生费用方面的不平等必然表现为卫生资源配置的不平等。从图十二就可以看出来，1982 年以后，医疗卫生工作的重点就开始转向城市。在 1982－2001 年间，我国医院床位从 205.4 万张增加到 297.6 万张，涨幅为 44.9%.在此期间，城镇医院床位从 83.2 万张增加到 195.9 万张，涨幅为 135.3%，而农村医院床位不但没有增加反倒从 122.1 万张下降到 101.7 万张，降幅为 16.7%.结果，农村医院床位占床位总数的比重从 1982 年的 60%跌至 2001 年的 34.2%，比 1965 年的比重 40.2%还要低。毛主席 1965 年批评卫生部为“城市老爷卫生部”，看来，“胡汉三又回来了”。不仅如此，在城市里，卫生资源相对集中在大城市；在大城市里，卫生资源相对集中在大中型的医院。这些大医院贵族化现象日益明显。相形之下，农村医院的卫生资源乏匮，医疗设施落后，医护人员素质不高。近 20 年来，农村医疗条件的改善主要集中在县级卫生机构。到了县以下，乡镇卫生院和村卫生室面临着重重危机。

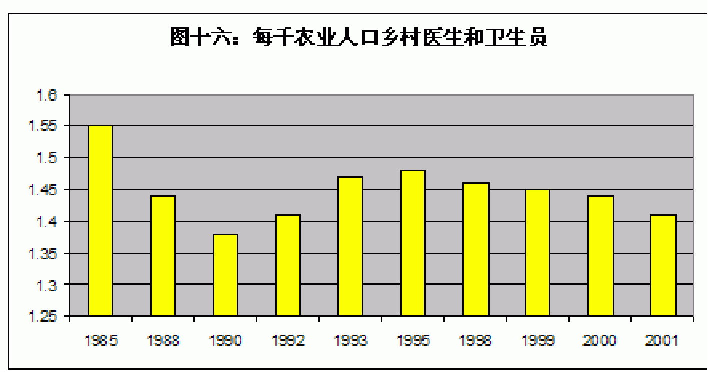




本来，县乡村三级医疗防疫保健网是我国卫生体系的特点和优势，在第一次农村卫生革命中发挥了关键性作用。其中，乡镇卫生院是三级保健网的枢纽，发挥着承上启下的作用，承担着预防保健、基本医疗、卫生监督、健康教育、康复、计划生育等基本卫生服务；村卫生室是“网底”，在为村民群众提供安全方便的常见病诊治服务，在公共卫生和预防保健方面发挥着重要作用。但是，八十年代以后，大批专业医疗人员从农村返回城市，乡镇卫生院的人才大量流失。加之乡镇财政实力有限，大多数乡镇卫生院所获的补助是越来越少，生存面临危机。与 1980 年相比，无论是农村卫生院的数量还是其床位数，都没有增加，只有减少（见图十四）。据卫生部长说，全国乡镇卫生院中，三分之一很好，三分之一勉强维持，三分之一基本散了架子。那些很好的卫生院集中在东部沿海省份，而西部的卫生院可以说是惨不忍睹。不少地方以“改革”的名义，已将乡镇卫生院租赁、甚至拍卖转让给个人。仍然运转的卫生院也往往是举步为艰。由于财政支持不足，乡卫生院难以留住人才，医疗设备很少更新，因而难以提供老百姓需要的医疗卫生服务。病人少导致卫生院收入少，收入少导致服务水平低，服务水平低导致病人更少。结果，相当多的乡镇卫生院陷入恶性循环。

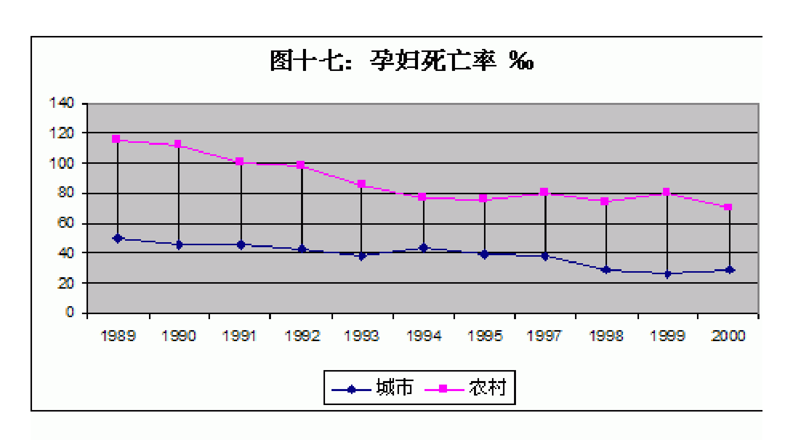


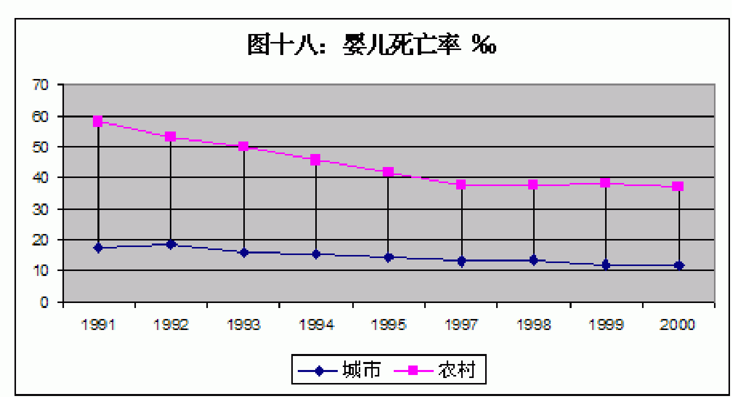




农村大多数居民最经常利用的卫生资源是村卫生室，但很多地方的村卫生室处于瘫痪状态。原因很简单，集体经济崩溃以后，很多村连卫生员的工资都发不出来，只好将卫生室由乡村医生自己来承包，或者干脆分散单干。目前，全国大约 50 左右的村卫生室已变成了个体医疗点。从图十五看，现在乡村医生的数量只有 1975 年的三分之二，而卫生员的数量则从 1975 年的 328 万跌到 2001 年的 27 万，还不足当年数量的零头。另外，农村接生员的数量也下降了一半，从 1975 年的 61.5 万人降为 1997 年的 32.2 万人。而在此期间，农村人口的绝对规模还有所扩大。一增一减的结果是，每千农村人口乡村医生和卫生员的人数从 1985 年的 1.55 降到 2001 年的 1.41（见图十六）。除了卫生人员相对数量减少外，他们的素质也令人担心。村级卫生人员中相当多的人只在 30 年前合作医疗高潮期接受过短期培训。虽然他们或多或少参加过一些后续培训，但在市场化的大环境下，他们要么不乐意、要么没有能力承担农村基本医疗保健的任务，如预防保健、传染病报告等。



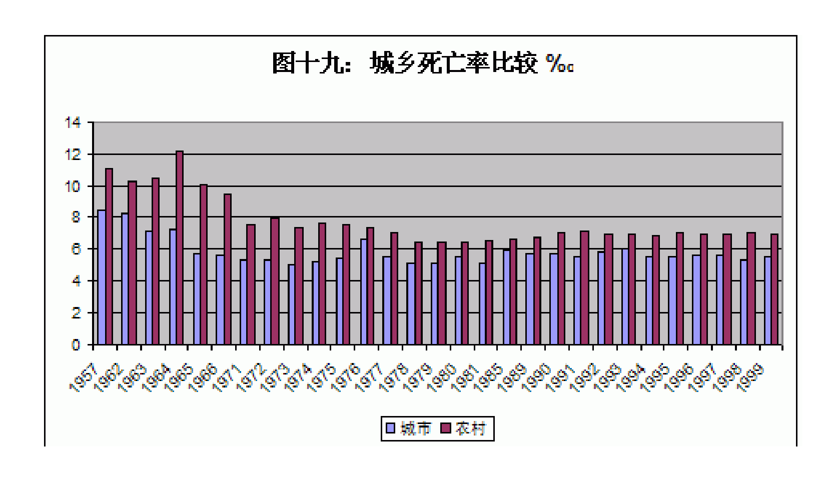




合作医疗的解体，严重影响了农户的看病行为；三级医疗预防保健网的破损，使一些已经消灭或控制的传染病再度复发；再加上城乡居民收入差距的扩大，使健康状况方面的城乡差距不仅没有缩小，反而有所扩大。就疾病模式而言，城市的特点是以慢性非传染性疾病为主，而农村、尤其是中西部农村，依然是以感染性疾病和营养不良为主导。妇幼健康方面的城乡差距更为明显。农村的孕妇死亡率和婴儿死亡率一直比城镇高得多（见图十七和十八）。从趋势上看，九十年代中期以前，这两方面的城乡差距好歹在缩小。但 1995 年以后，改善的势头消失了；九十年代末，差距还有扩大的迹象。人口死亡率方面的数据相对比较齐全，因此恐怕更能说明问题（见图十九）。从 1957 年到 1980 年，农村人口死亡率下降幅度明显快于城镇，使城乡差距迅速缩小。但 1980 年以后，农村人口死亡率几乎没有什么变化，城镇人口死亡率还有所下降。结果，在改革开放的二十多年里，人口死亡率方面的城乡差距不仅没有缩小，反倒扩大了。至于人均期望寿命，没有系统数据。但据 2000 年进行的第五次全国人口普查资料计算，中国人均期望寿命为 71.4 岁；其中，城镇居民人均寿命 75.21 岁，农村居民人均寿命 69.55 岁，前者



比后者高出 5 岁多，相当于发达国家与中等收入国家之间的差距（见表一）。



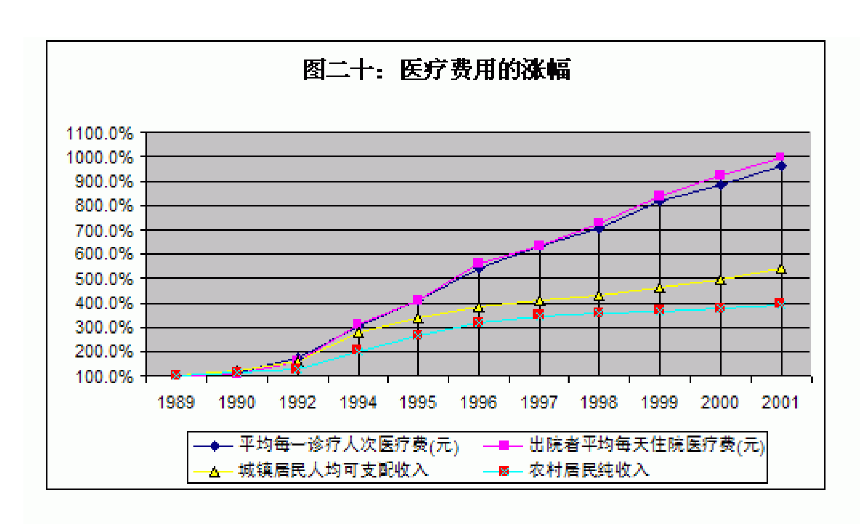
阶层差别上世纪八十年代开始，受当时流行的“承包责任制”的影响，卫生医疗部门开始强调自主经营、自负盈亏；医疗卫生机构内部则实行所谓“多劳多得的按劳分配原则”。随着政府补贴越来越少，医疗卫生机构一步步走向市场，卫生保健一步步商品化，卫生事业的公益型也渐渐被决策者淡忘。遵循“效率”原则，医疗机构开始以利润最大化为目标。什么“救死扶伤”、什么“人道主义”都要服从市场的指挥棒。受利润驱动，医院的门诊费、住院费飞涨。受利润驱动，不少医生变成了药厂的掮客，想方设法向患者兜售不必要的药物。受利润驱动，有些医疗机构对患者小病大治、无病用药。受利润驱动，一些行之有效但不赚钱的治疗方法被弃之不用。

政府失职和市场失灵造成医疗费用的快速攀升，涨幅远远超过城乡居民收入。从图二十我们可以看到，按当年价格计算，在 1989－2001 年间，城镇居民人均收入增长了 544%，农村居民人均收入增长慢的多，只有 393%.而在同一时期，诊疗费和住院费分别增长 965%和 998%.可见，医疗费用的增长速度几乎是城市居民人均收入的一倍，是农村居民人均收入的两倍。即使考虑到农村的医疗费用相对较低的因素，农民医疗费用的增幅恐怕仍大大超过城市居民。

显然，医疗费用大涨对不同的收入人群有不同的影响，城乡皆如此。《第二次国家卫生服务调查》（1998 年）分别了考察城市和农村不同收入组的平均收入、平均消费支出及其医疗卫生方面的支出（见表八）。在城市地区，收入在 1000 元以下人群是严重收不抵



支；收入在 1000-2000 元的人群是收入略低于支出；收入在 2000 元以上人群基本上都是收大于支。进一步考察医药卫生支出占总支出的比重，我们发现，收入越低的群体，这个比重越高。在农村，年人均收入在 500 元以下人群严重收不抵支，收入在 500-1000 元收入组人群收入略低于支，收入在 1000 元以上的人群收大于支。同城市一样，农村居民中收入越低的群体，医疗卫生支出的比重越高。



表八：城乡按家庭收入分组的收入及支出构成（%）[57]

收入分组	人口比例（%）	平均收入（元）	平均支出（元）	其中医药卫生（%）
城市				
<1000 元	3.45	722	1318	8.57
1000-	14.27	1497	1571	8.32
2000-	37.35	2873	2602	7.49
4000-	22.85	4642	3987	6.82
6000-	12.98	6504	5069	6.87
8000-	4.93	8558	6371	6.61
≥10000	4.76	14946	7945	6.37
农村				
<500 元	4.18	325	642	11.38
500-	16.22	739	742	11.94
1000-	24.98	1186	1050	9.93
1500-	17.10	1664	1381	9.29
2000-	21.31	2307	1734	8.69
3000-	11.34	3570	2487	8.05
≥5000	4.86	7332	3839	7.15

市场只青睐有支付能力的“消费者”，因此，市场化的医疗无疑会对低收入阶层产生排斥作用。缺医少药的时代的确一去不复返了，但在医疗水平先进的今日，相当多的人却陷入了生不起病、看不起病的境地。在这方面，两次国家卫生服务调查提供了大量证据。一个证据是未就诊率。未就诊是指得了病却未去医疗机构看病。未就诊率是指患病而未就诊人次数与患病人次数的之比。得了病为什么不去看病呢？原因固然很多，如自己觉



得病不重、没有必要去医院，或工作太忙、没时间去看病，等等。但不管是在城市还是在农村，1998 年都有三分之一以上的患者是因为经济困难而无法就诊；而且，越是经济不发达的地区，这样的人越多。更令人忧虑的是变化的趋势。对比 1993 年和 1998 年两次“国家卫生服务调查”的结果，因为经济困难有病不医的人越来越多。1993 年，至少在城市，居民就诊与否不太受收入水平的影响。而到了 1998 年，低收入严重制约了人们的卫生服务需求。不景气的企事业单位职工、下岗待岗职工及其家属首当其冲。

表九：因经济困难未就诊的比重（%）

调查项目	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
1993	3.21	2.40	9.58	15.10	21.36	19.55	24.42
1998	36.69	23.48	42.96	30.09	31.67	42.29	38.72

一般而言，如果患者的病不重，医生不会让他们住院。但两次“国家卫生服务调查”都发现，有相当大比重该住院的患者没去住院，而未能住院最重要的原因便是有些人经济困难，怕付不起住院费。农村人口中因经济困难而未住院的比例高于城市，小城市高于大城市，中西部农村高于东部沿海地区农村。与该就诊未就诊的情况一样，与 1993 年相比，1998 年因经济困难应住院未住院的人要多的多。

表十：因经济困难未住院的比重（%）

调查项目	大城市	中城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
1993	34.09	33.87	53.47	47.95	63.15	61.14	67.72
1998	53.12	58.43	70.77	63.80	54.12	70.26	69.38

还有的患者因病已经住了院，但疾病未痊愈，便自己要求出院。这种人在大城市所有出院的人中已占30.46%，在落后农村更占到48%。病没有好，他们为什么急急忙忙要求出院呢？经济困难、交不起住院费是最主要的原因。因为这个原因提前出院的，在大城市占35.66%，在贫困农村比例高达80%。

表十一：因经济困难未愈自己要求出院的比重，1998 年

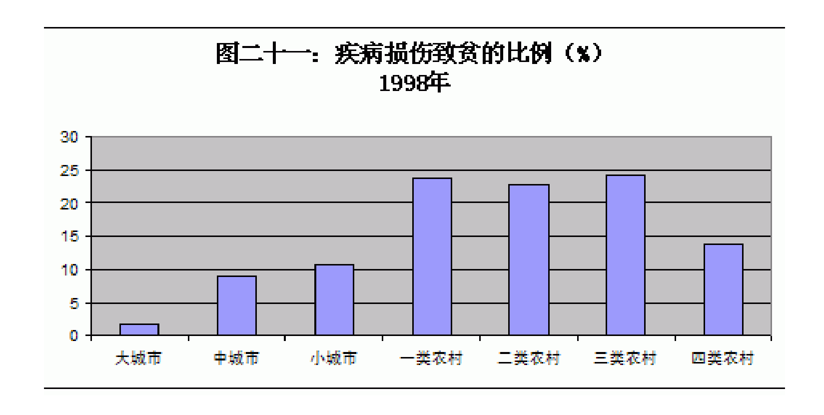
调查地区	未愈自己要求出院率	其中因经济困难未愈自己要求出院的比重
大城市	30.46	35.66
中城市	35.18	46.89
小城市	45.86	53.77
一类农村	37.08	56.30
二类农村	48.41	54.10
三类农村	46.39	59.30
四类农村	48.21	79.94

由上面三个表我们看到，无论是在城市，还是农村，在表面繁荣的经济背后都掩盖着一个相当规模的贫困群体。他们有病不敢去看，病情严重该住院不敢住院，住了院尚未痊愈便匆匆离去、生怕背上沉重的经济负担。卫生部卫生统计中心对两次调查原始数据进行的多变量分析证实了这个判断。他们发现：在关于 1993 年情况的多变量模型中，除



了疾病严重程度、健康状况、年龄和文化程度外，收入水平、卫生服务可得性和医疗保险制度等因素并不怎么影响城市居民就诊率和住院率。这说明在九十年代初，城市居民门诊和住院利用较为充足。而在关于 1998 年情况的模型中，收入水平、就业状况、贫困程度和有无医疗保险对就诊率和住院率有着十分显著的影响，表明城市不同阶层在医疗服务利用上的鸿沟正在拉大。与城市相比，影响农村医疗服务利用的主要变量一直是经济因素（恩格尔系数和收入水平）。两次调查的模型结果基本一致，但这个因素的影响在 1998 年比 1993 年大。

医疗服务首先在农村市场化，城市九十年代中期以后才开始市场化。看来，市场化的确效果显著，它按支付能力分配医疗服务：高收入阶层可以享受国际一流的医疗服务，而低收入阶层却不得不“小病扛、大病拖”。



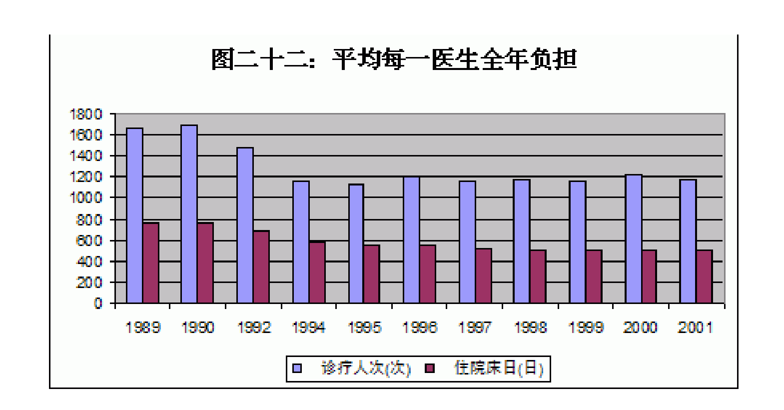
“小病扛、大病拖”的后果往往是小病拖成大病，大病导致劳动力丧失，甚至倾家荡产。越来越多的证据表明，“因贫致病，因病返贫”的恶性循环正在变成中国城乡的一个突出社会问题。巨额医疗费用或劳动能力的丧失使许多人的生活水平降到贫困线以下。1998 年的“第二次国家卫生服务调查”发现疾病损伤是农村致贫的重要原因。至少在当时，疾病并不是大城市贫困的重要原因。但在中小城市贫困人口中有百分之十左右是因病致贫。而在没有任何医疗保障的农村，一场大病，可以使原本殷实的小康之家陷入困境，使原本贫困的一贫如洗。所以，农村因病致贫的比例平均为 22%（见图二十一）。实际上，在有些省份，农民因病致贫，因病返贫的问题要严重得多。如有关部门对湖北、江苏、广东三省农户典型调查发现，“因病致贫”占贫困户的比例达 30%；在河南、陕



西、四川、甚至北京郊县，因病致贫的农户，占贫困户总数的 40%-50%；在青海，这个比例达 56%.正是因为疾病不仅严重威胁着贫苦农民的健康，还威胁着他们的生存，他们才会说出“不怕穷、就怕病”这样让人心酸的话。

医疗机构效率下降

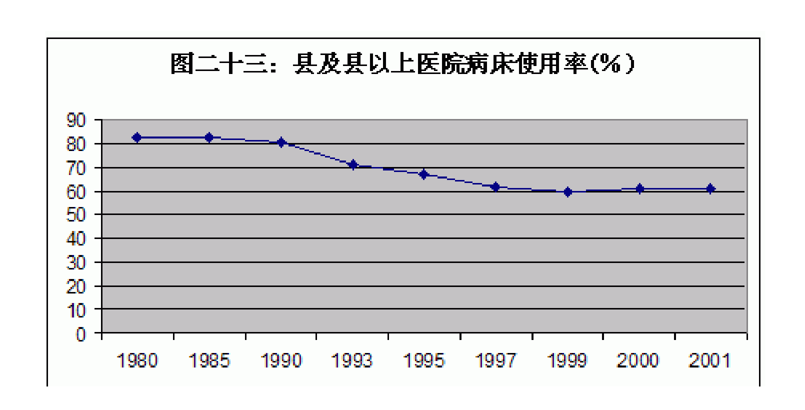
上一节，我们讨论中国卫生制度的不公平性。那么它的效率如何呢？不少人以为公平与效率是矛盾的，为了提高效率，就是牺牲点公平也在所不惜。问题是，在牺牲公平的同时，市场化并没有提高医疗卫生机构的效率，反倒降低了它们的效率。



根据卫生统计，近几年来，虽然中国人口还在增长，但医疗机构的门诊量和住院量双双下降。2001 年全国医院和卫生院门诊总量为 20.87 亿人次，与 1992 年 25.7 亿相比减少了 4.83 亿。是不是中国人健康改善了，生病少了呢？显然不是，因为城乡居民的两周患病率从 1993 年的 140.1 提高到 149.76.其实，门诊量下降的原因很简单，医疗费不断攀升，超出了很多人的支付能力，因而抑制了城乡居民对医疗服务的有效需求。

在门诊量减少的同时，住院病人增加不多，而医护人员的数量仍在增加，其后果必然是医疗资源的浪费。这可以从三个指标看出来，亦即平均每一医生全年负担诊疗人次、平均每一医生全年负担住院床日、病床使用率。由图二十二可见，与八十年代末相比，前两个指标都呈下降趋势：诊疗人次由 1989 年的 1652 下降到 2001 年 1180，住院床日在同一时期从 767 下降到 509.病床使用率也出现明显的下降。全国医院的病床使用率在八十年代一直维持在 80%以上；进入九十年代便一路下滑，现在跌到 60%的水平。





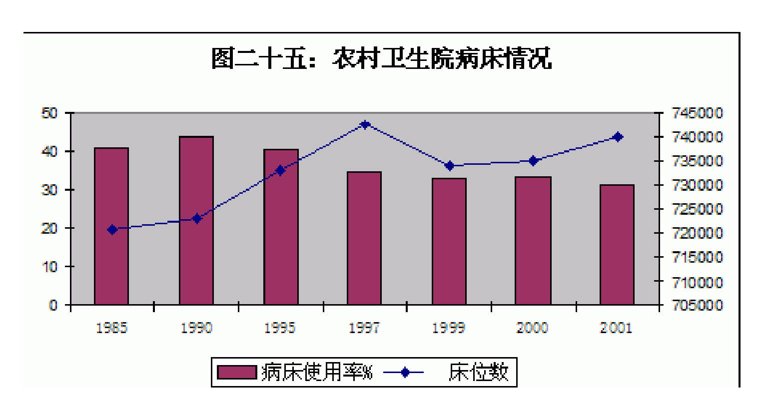
农村县以下卫生机构的资源利用效率也在下降。乡镇卫生院医生的总数从 1995 年的 42.5 万人增加到 2001 年的 51.9 万人，但与此同时，每年到乡镇卫生院看病的人从 9.38 亿人次减少到 8.24 亿人次。以每年工作 300 天计，每位医生每天的诊疗服务量从 7.36 人次降到 5.29 人次。在此期间，乡镇卫生院的病床床位有所增加，不过住院的人却大幅下降，从 1995 年的 1960 万人滑到 2001 年的 1700 万人（见图二十四）。结果，乡镇卫生院的床位使用率从 40.7%下降到 31.3%（见图二十五）。另外，诸如心电图、B 超和 X 光机等仪器设备的使用率也很低。以心电图为例，既使在比较发达的一类农村地区，平均每天使用 1.2 次而已；在落后的四类农村，平均十天才用一次。

中国现在的医疗资源并不丰富。但在很多人该看病不敢看、该住院不敢住的同时，大量宝贵的医疗资源得不到充分的利用，这真是极大的浪费。很明显，经过市场化改造的中国医疗卫生体制是既不公平、又效率低下。

在中国改革过程中，我们总是爱拿美国作为参照系。值得我们注意的是，至少在医疗体制上，美国提供给我们的主要是教训。表十二比较了 21 个欧美发达国家的情况。在这些国家中，美国的人均医疗费用最高，比名列第二的瑞士人要高出 41.5%.但是高昂的花费并没有换来相应高水平的医疗保健。美国人看医生的次数和住院的时间比大多数其他发达国家的患者要少，美国的婴儿死亡率高于所有该表所列举的国家，人均期望寿命也低于多数国家。如果比较这些国家医疗体制的总体表现和公平程度，美国都是倒数第二：在总体表现方面，它在全世界排名第 37 位，仅比新西兰强一点；在公平程度方面，它的指数是 0.954（1.000 为最高），仅比葡萄牙强一点。是什么因素使美国昂贵的医疗体



制既不公平、有效率低下呢？过分市场化看来是重要原因之一。在所有 21 个发达国家里，只有美国卫生总费用中的政府份额低于 50%.中国没有美国那么发达，但我们的医疗体制似乎在这么低的水平上已患上了“美国病”：医疗费大幅攀升、医疗服务非常不公平、医疗资源利用效率低下、人们的健康指标停滞不前甚至恶化。一度被看作世界卫生楷模的国家陷入这般田地，实在令人感到极度的悲哀。



表十二：欧美发达国家医疗体制的情况，1998 年

	人均医疗支出（PPP$）	卫生总费用中政府份额	医疗体系总体表现	医疗体系公平指数
美国	4178	44.5	37	0.954
瑞士	2952	54.9	20	0.964
德国	2520	74.8	25	0.978
挪威	2439	84.7	11	0.977
卢森堡	2361	92.4	16	0.981
加拿大	2285	70.8	30	0.974
丹麦	2241	81.9	34	0.979
冰岛	2204	83.9	15	0.976
法国	2109	76	1	0.971
澳大利亚	2058	69.8	32	0.971
荷兰	2040	67.8	17	0.973
比利时	2008	70.6	21	0.979
奥地利	1968	71.4	9	0.976
瑞典	1748	83.8	23	0.976
日本	1735	77.4	10	0.977
爱尔兰	1576	76.2	19	0.978
芬兰	1529	76.3	31	0.977
英国	1527	79.9	18	0.977
新西兰	1450	77	41	0.972
西班牙	1384	70.5	7	0.971
葡萄牙	1345	67.5	12	0.951
希腊	1307	54.4	14	0.963

小结

非典危机给我们敲响了警钟。非典是突如其来的，但它之所以带来如此严重的危机，有着深层的、制度性的原因。本文提供的大量数据表明，由于指导思想上的失误，在我国的医疗卫生领域，政府失职与市场失灵同时存在。其后果是卫生防疫体系千疮百孔，卫



生服务极不平等，卫生资源利用效率低下。在这样的制度环境下，既使没有这次非典危机，我们的医疗卫生体制迟早会产生类似甚至更严重的危机。

非典危机给我们的教训是深刻的。其最直接的教训是，公共卫生危机会造成巨大的经济损失、影响短期经济增长。现在关于非典可能造成的经济损失有各种各样的估计，既使按最低的估计，损失额也大大高于若干年政府的卫生投入。这是对我们长期忽略公共卫生事业的惩罚。

不过，如果仅仅在这一层面吸取教训是不够的。首先，我们必须重新思考"发展是硬道理"这个命题。“发展”绝不能等同于经济增长，而是指全体公民经济生活和社会生活的全面进步。经济增长本身不是目的，而是实现这个全面发展目标的手段。如果我们认为经济增长是硬道理，那么社会公正、环境保护、让所有孩子接受基础教育、让所有人健康生活是更大的硬道理。我们过去二十多年的经验证明，指望经济增长能自动带来其它目标的实行，无异于缘木求鱼。公共卫生是社会全面发展的一个重要侧面，因为人只有一次生命，享有卫生保健是一项基本人权，它关系到人生命的长度和质量。如果一个国家传染病、流行病失控，人们的健康水平低下，经常受到病魔的折磨，得一场重病就可能搞得倾家荡产，那么，不管这个国家的经济增长速度有多快，都市看起来多么现代化，私家轿车拥有率有多高，对相当多的人来说都是没有意义的。认识到这一点，政府绝不能为了经济增长而忽略公共卫生，绝不能放弃自己提高人民健康水平的职责。

其次，我们必须清醒了解市场的双重局限性。第一，市场充其量只能解决资源配置的效率问题，无法解决资源分配的公平性问题。第二，也许在经济的很多领域，市场能够提高资源配置的效率，但在外部性很强、信息不对称的领域，市场往往失灵，亦即，不光不能提高资源配置效率，反倒会降低效率。公共卫生的公平性比经济收入和财产分配的公平性更加重要，因为身体健康关系到每个人生命的质量和谋生的潜能。既使不从道义的角度思考问题，为所有人提供起码的卫生保障也是建立一个完整公共卫生系统的前提。这次非典危机告诉我们，不可能为大都市里的富有阶层单独建立一个玻璃罩式的先

进防疫系统。如果疫情在贫困阶层中蔓延、在其它地方蔓延、在农村蔓延，这个富有阶层迟早逃不过厄运。在公共卫生问题上，所有人必须同舟共济。既然公共卫生的公平性如此重要，把它交给市场便是完全错误的。另外，医疗是典型的信息不对称领域。卫生专业人员可以利用自己的信息优势蒙骗患者，患者可以利用自己的信息优势欺骗保险公司。正是因为这个原因，绝大多数发达国家都为自己的国民提供由国家财政支持的全民医疗保健计划，而不是把患者和医护人员推向市场。

过去十几年，我国一直在探索如何在市场经济的条件下改革医疗卫生制度。由于经验不足，认识上出现偏差，走了一些弯路是难以避免的。如果这次非典危机敲起的警钟能使我们清醒认识到"投资人民健康"的重要性和迫切性，认识到现行医疗卫生体制的种种弊端，那么坏事就可以变成好事，使危机变成重建中国公共卫生体系的契机。

早在 1977 年，世界卫生组织就提出了“2000 年人人享有卫生保健”的全球战略目标。1986 年我国政府明确对实现这一目标作出承诺。然而，2000 年已经过去，"人人享有卫生保健"的目标并未实现。现在，中国政府应该对“人人享有卫生保健“重新作出承诺。为真正实行这个目标，政府财政必须加大对公共卫生的投入。目前，我们财政预算对卫生事业的投入仅占政府总支出的 3%左右，占 GDP 的 0.5%左右，大大低于世界平均水平。有改革开放二十年建立起来的经济基础，我们应该、也完全有能力在短期内把这两个比重分别提高到 5%和 1%，在中长期把它们提高到世界平均水平，即 11%和 2.5%.除了加大财政对公共卫生的支持力度外，支持的重心也必须从东部沿海地区转向中西部省份，从大城市、大医院转向农村基层卫生防疫保健机构，从富有阶层转向贫困阶层。我国的医疗卫生体制曾经在“一穷二白”的条件下创造过辉煌，只要走出指导思想的误区，我们完全可以再造辉煌。

2003 年 5 月 22 日香港吐露湾

（文章来源：《比较》第七期）

【文章链接】 【回到目录】

8-8 庄燕文：日本公共卫生体系及对我国的启示

庄燕文：作者。

> 通过政府的公共财政预算，为公共卫生基础设施建设提供充足稳定的财源。长期以来，日本各级政府对于事关国民健康利益的公共卫生保健、传染病预防与控制、各级国立与公立医院、急救医疗体系、边远地区医疗设施、医疗技术的科研攻关等，都通过公共财政预算制度给予重点财力安排。

战后日本经过数十年的探索与改革，逐步形成了符合自身国情的公共卫生体系。本文介绍了这一体系并对建立健全我国的公共卫生体系提出了建议。

日本公共卫生体系发展的历史沿革

日本的公共卫生体系发展经历了上百年的漫长过程，主要可分为以下四个发展阶段：

第一，奠定框架阶段：19 世纪末期的明治时代至 20 世纪初。当时因全国规模的霍乱造成数千人死亡，1897 年政府制定了传染病预防法，从以防御急性传染病为重点的公共卫生立法开始起步。进入 20 世纪初，公共卫生开始重视慢性疾病的预防工作，如 1919 年分别制定了结核病预防法和精神病医院法。至“二战”之前，日本已大体形成并奠定了近代公共卫生体系法律法规和相关制度的基本框架。

第二，确立体制阶段：“二战”后至 1955 年。这一时期，依据日本宪法的精神，战前制定的有关公共卫生的各项法律和制度得到全面改进，至 1955 年基本确立了现代公共卫



生体制。这期间最重要的是，1948 年制定了医疗法，把加强各级公立医疗卫生机构建设摆上重要位置，同时在体制上首次在医疗行业引入“自由开业制”，两年后又对大部分民间医疗机构实行法人化管理，并给予税收上的优惠政策，促使民间医疗机构快速发展。

第三，快速稳定发展阶段：20 世纪 50 年代中期至 70 年代。这一时期是日本包括公共卫生体系在内的整个医疗卫生管理开始从传统的疾病预防向防治环境污染、应对自然灾害、促进国民健康等领域延伸。为了鼓励民间力量到农村及边远地区发展医疗卫生事业，为广大国民提供更高质量的医疗服务，1960 年政府颁布了“医疗金融公库法”，由政府提供专项基金，成立特殊法人组织医疗金融公库，开始向民间医疗机构提供低息医疗贷款业务，促使日本民间医疗机构迅速发展，有效弥补了公立医疗特别是边远地区、农村地区医疗设施不足的问题。1967 年政府制定了公害对策基本法，1971 年成立环境厅，将治理和防治环境卫生污染作为公共卫生的一项重要任务。1963 年修订了消防法，将急救医疗的病人运送与消防部门密切对接，1964 年开始着手在全国建立急救医疗体系，1977 年厚生省将全国急救医疗系统划分为一、二、三级急救医疗机构并加快完善步伐。1978 年制定了国民健康行动计划，要求在全国所有市町村设立健康保健中心，并成为市町村一级国民健康保健活动的主要设施。通过上述措施，这一时期日本已基本建立起比较完善的公共医疗卫生体系，基本实现了整个医疗卫生事业与经济社会的协调发展。

第四，完善提高阶段：20 世纪 80 年代后期至今。进入 20 世纪 80 年代以后，日本政府将公共医疗卫生体系的重点放在提高国民健康福祉水平、预防公众健康危机、确保食品卫生安全、完善急救医疗体系、提高先进医疗技术水平等领域。至上世纪末，日本已建立起了一整套覆盖全国、配置合理、功能齐全、设施完善的公共医疗卫生管理和服务体系。截至 2000 年，日本全国拥有各类医院 9266 所，公立医疗机构 1373 所，私立医院 7534 所。累计拥有医院病床位数约 165 万个，每 10 万人平均拥有病床位 1317 个。在全部医疗机构中，拥有精神病、传染病、结核病医院 1061 所，病床总数 38.3 万个。此外，全国还拥有各种普通诊疗所约 9.28 万所，平均每 10 万人拥有 72.6 所。当年全国拥有各



类医生约 25 万人，平均每 10 万人拥有医生 201.5 人，此外还拥有牙科医生 9.1 万人，药剂师约 21 万人，护士 104 万人，保健医生 3.7 万人。截至 2002 年 4 月，全国拥有保健所 582 所（限于在各都道府县、政令指定市等设立），市町村保健中心 2364 所。

日本公共卫生应急反应机制

依法处理公共卫生事件的法律政策约束机制。1997 年日本曾发生约 4.2 万人患结核病、死亡约 2700 人的战后最大传染病事件，为此，1998 年前后日本政府对传染病的相关法律法规进行了大规模的修订完善工作，主要包括传染病预防与传染病患者的医疗法、检疫法、艾滋病预防法、关于后天性免疫力不全性传染病的预防指针等法律，以及厚生劳动省“结核病紧急事态宣言”、“关于传染病的健康危机管理实施要领”等条例。针对当时发生大规模结核病的突发事件，厚生劳动省分别制定了“健康危机管理基本指针”和“健康危机管理实施要领”，地方政府也相应制定了应对管理措施，对因药品、食物中毒、传染病、饮用水污染及其他原因造成危害国民生命或健康安全的事件，提出了建立包括国家和地方政府在内的相关组织机构、应对体制及相关对策措施。

快速信息发布与情报公开机制。1993 年，日本政府曾因隐瞒血液制品感染艾滋病的情况，被媒体揭露后引起轩然大波，由此引起的法律诉讼至今尚未结束。1999 年政府公布了情报公开法，改变了隐瞒问题的做法。如传染病预防与传染病患者的医疗法从整体上规范了国家和地方自治体的传染病对策，特别是对各地方自治体，从传染病的信息收集、患者诊断、消毒到医疗费用的负担等都做出了详细的规定。特别是当发生大规模传染性疾病时，政府必须通过包括行政命令在内的一切手段向国民公布、说明情况。

如上述有关法律规定，将传染病分成四类，对第一类、第二类、第三类感染症患者及新型感染症患者，只要发现其带有病原体（无症状病毒携带者）或怀疑有症状，必须立即（1 天之内）经最近的保健所长向都道府县知事报告其姓名、年龄、性别等事项。对第四类感染症，如发现后天性免疫不全症候群、梅毒、疟疾及其他厚生劳动省政令规定的患者（包括无症状病毒携带者）必须在 7 天之内经最近的保健所长向都道府县知事报告



其姓名、年龄、性别等事项。各都道府县知事接到报告后，对第一种情况，必须立即向厚生劳动大臣报告，对第二种情况，在政令规定的时间内向厚生劳动大臣报告。

健全的政府应对危机管理机制与指挥体制。20 世纪 90 年代以来，日本政府加强了应对公共灾害的危机管理，建立起一套从中央到地方的危机管理体系并不断加以完善。政府从国家安全、社会治安、自然灾害等不同方面建立了危机管理体制，内阁总理是危机管理的最高指挥官。在这一危机管理体系中，政府根据不同的危机类别，启动不同的危机管理部门。

2002 年底，政府还在首相官邸的地下一层居民区、学校等地进行日常的疾病预防工作，教育儿童养成和保持良好的生活习惯和卫生习惯，同时基本建立了包括预防发生健康危机、健康危机发生时的人财物准备与落实组织体制、应对危机的各种防疫保健服务与信息搜集管理、健康危机后的生活恢复等四大方面机制。

注重平时的国民健康预防保健工作，使国民养成重视食品营养、环境卫生以及预防疾病的良好习惯，建立应对发生公共卫生健康危机的经常性基层工作机制，是确保日本少发生或不发生传染病的重要因素。

日本公共卫生基础设施建设的政策措施

战后日本经过数十年的探索和改革，逐步形成了一整套符合自身国情的公共卫生设施建设管理体制和政策体系。

制定不同时期公共卫生设施的发展计划，确定不同时期的建设发展重点。战后日本根据经济社会发展形势的变化，及时制定相应的公共卫生设施建设发展计划，确定不同阶段的发展重点。例如，20 世纪 50 年代中期至 70 年代，依据保健所法和保健所特别措施法、防疫法等法律，分期制定了“地方保健所建设计划”和“疾病防疫体系建设计划”，有计划地进行各都道府县及市町村地方保健所和国家、都道府县、市町村三级疾病防疫体系建设。



20 世纪 70 年代中期至 80 年代，开始将建立急救医疗体系列为公共医疗卫生的建设重点，制定了“地方三级急救医疗体系建设计划”，在全国各都道府县陆续建立并完善初级、二级及三级急救医疗体系，包括建设定点急救医疗机构、急救医疗情报系统、急救医护人员培训及相关配套设施建设等措施。

通过政府的公共财政预算，为公共卫生基础设施建设提供充足稳定的财源。长期以来，日本各级政府对于事关国民健康利益的公共卫生保健、传染病预防与控制、各级国立与公立医院、急救医疗体系、边远地区医疗设施、医疗技术的科研攻关等，都通过公共财政预算制度给予重点财力安排。

初步测算，目前日本公共卫生事业费占卫生事业总经费的比率高达 62%，在发达国家中居于前列。如为确保地方自治体建设基层保健设施及开展公共卫生活动所需经费。依据保健所法，1949 年开始规定从国库中给予地方保健所 1/3 的补助金，1964 年将保健所运营的补助经费列入每年的财政预算计划，从一般财源中给予安排，从而有效促进了地方保健所的建设。

此外，国家专项安排边远地区的医疗设施建设与运营经费，包括边远地区定点医疗机构的医生与护士的派遣、巡回医疗、当地医疗人才的培养和技术指导等所需的经费，其国家补助经费一般占所需经费的 1/2。

实行财政投融资制度，为医疗卫生基础设施建设提供重要的补充财源。日本的财政投融资具有很长的发展历史，积累了较丰富的经营管理经验。其覆盖的领域除了重点扶持诸如全国性、跨区域的交通、电力等重点基础设施及国家鼓励优先发展的产业外，也涉及公共医疗卫生领域的投资。其运营管理办法是，每年由厚生省根据当年医疗卫生事业的发展与建设的需要，提出所需财政投融资的具体规模，经财务省核定及国会通过后予以下达。厚生省再按所安排项目的性质，再分别下达给所属特殊法人组织如“医疗金融公库”、“国民生活金融公库”及有关国立医院等，委托这些机构或单位具体负责经营实施。从 2001 年开始，这种财政投融资资金，以改革通过向市场发行“财政投融资机构债”的

方式筹措，由政府财政予以担保。其利率一般相当于同期长期国债利率。

重视利用民间力量，大力鼓励发展民间医疗卫生事业，间接有效地促进了公共卫生事业的发展。积极利用民间组织和市场机制的作用，鼓励各种法人组织和民间个人进入医疗服务市场，兴办各类私立医疗机构，并使之成为全社会医疗卫生资源的主体，是战后日本医疗卫生体系发展的最大特色，它从间接方面促进了日本公共医疗卫生事业的迅速发展。

据厚生省统计，日本战败时的 1945 年，全国医院总数仅 645 家，当时面临医疗设施与人才严重不足的问题。1948 年在医疗行业引入“自由开业制”及随后对民间医疗机构提供有关特殊政策后，民间医疗机构得到快速发展。尤其是 1960 年正式成立“医疗金融公库”后，近 80%的民间医疗机构获得了政府提供的低息贷款，用于添置大型医疗设备、建设与改善医疗卫生服务设施等，使民间医疗事业获得比较宽松的有利的发展空间。

据统计，1955 年至 1990 年的 35 年间，从医院和病床数的增长情况比较看，全国地方自治体医院累计分别增长 5%和 1.13 倍，其他公立医院分别下降 8%和增长 1.07 倍，国立医院分别下降 6%和 22%；相反，同期私立医院分别增长 1.6 倍和 4.7 倍，其中医疗法人机构分别增长 4.3 倍和 12.4 倍，个体医院分别增长 0.9 倍和 3.1 倍。至 2000 年，日本的私立医院及其病床数量分别占全国医院和病床总数的约 80%和 70%，即大约 2/3 以上的医疗卫生资源属私立民营性质，这在主要发达资本主义国家中为最高水平。

由于体制与机制上原因，日本的公立医疗机构与私立医院相比，普遍存在效率较低、经营状况较差、亏损突出的问题，目前全国超过 40%的公立医院存在赤字，依靠国家和地方自治体的财政补助，公立医院成为“低效率”的代名词。

近年来，日本政府正在酝酿让股份公司进入医疗服务市场，以进一步鼓励医疗服务行业的竞争，提高公立医院的经营效率。

总之，由于在医疗服务市场引入了市场竞争机制，让民间力量参与医疗卫生设施建设，



一方面可直接迅速扩大全社会的医疗卫生资源总量，同时使政府可以集中财力用于兴办诸如防治传染病、精神病及其他公益性、低营利性的公共卫生保健事业，这是战后日本公共卫生事业得以较全面发展的重要体制性因素。

启示

建立并完善应对公共卫生事件的法律法规体系和防范体制。当前，除了全面落实国务院最近颁布下发的“条例”精神外，应进一步出台或完善其他相关的法律法规，抓紧建立规范有序的经常性工作机制，落实从中央至省（市）、县三级防范处理突发性公共卫生事件的组织体系和部门分工体制，强化医疗卫生主管部门和医疗中介组织应对处理类似事件的应有责任和权限，降低政府及全社会应对突发性公共卫生事件的成本，把公共卫生灾害的损失减少到最低限度。

抓紧编制符合我国国情的公共卫生体系建设发展规划。诸如国家省（市）、县三级疾病预防控制体系、卫生防疫检疫体系、公共卫生保健体系、急救医疗体系、农村乡镇医疗卫生体系的建设发展计划，以及各级各类医疗卫生技术人才培养教育的中长期计划等等，都应该统筹规划，分别轻重缓急，突出薄弱环节，分期分批逐步加以解决。

加快建立健全我国的公共财政体制，突出增加对公共医疗卫生体系建设的资金投入。要逐步减少乃至最终取消政府财政对一般竞争性领域和行业的投入，大幅度增加包括公共卫生事业在内的社会公益事业的财政投入，特别是要建立对公共卫生体系与疾病防疫体系、急救医疗体系、公共环境卫生、公民健康保健、食品卫生安全与检疫体系等的经常性财政投入制度，同时应突出加强对广大农村地区和边远地区的公共卫生体系建设，提高国家财政对上述事业的财力支持力度。

加快我国医疗卫生事业管理体制的改革步伐。适应我国社会主义市场经济改革的进程，彻底打破长期以来各级政府包办医疗卫生事业的积弊，依靠社会力量和引入市场竞争机制，制定必要的财政投融资政策和相关优惠政策措施，积极鼓励社会力量包括利用民间资金、吸引外资等兴办各种医疗卫生设施，特别应鼓励民间资金投入到广大农村和中西

部地区兴办医疗卫生设施，国家给予财政投融资、减免税收等更加优惠的政策措施，同时政府应集中有限财力兴办公益性、非营利性的公共卫生设施，以加快我国卫生事业的发展步伐，促进各项社会事业的协调发展。 【文章链接】 【回到目录】



【FMN 新闻】

中国出现 H7N9 禽流感疫情

国家卫生和计划生育委员会3月31日通报，上海市和安徽省发现3例人感染 H7N9禽流感病例，其中两例经抢救无效死亡，另一例安徽患者正在江苏南京积极救治。据悉3名患者为人感染H7N9禽流感确诊病例，H7N9是全球首次发现的新亚型流感病毒，患者感染来源尚不清楚。

新闻：http://fmn.cc/10VpZpu

随着时间的推移，感染 H7N9的患者逐渐增多，一名南京患者家人说，他们自付了近10万仍欠医院上万元，打算卖房付医药费。这名患者确诊后，她工作的活禽宰杀点所在的菜市场摊主门说，南京政府未有任何职能部门对他们的健康状况做过系统的检测。

新闻：http://fmn.cc/10Vq2BZ

http://fmn.cc/10Vq3pj

上海感染 H7N9禽流感病毒的患者已经升至13人，媒体披露称，从最早发现患者到公开信息，中间间隔了20多日，在检出病毒的情况下上海仍辟谣未发生人感染禽流感病例，不过病毒的发现者卢洪洲否认上海延报 H7N9疫情，他表示是20日才确认患者感染了新病毒，22日就上报了中国疾控中心进行复检。

新闻：http://fmn.cc/10VqboW

http://fmn.cc/10VqnEu

陌生的 H7N9禽流感病毒首次感染人类，关于这种病毒，《自然》刊登学者分析文章称，H7N9为其他鸟类流感病毒重组而来，具备了感染人类的能力。之后中科院研究发现，H7N9病毒基



因由东亚地区野鸟和中国长三角地区的鸭群、鸡群携带的禽流感病毒进行基因重配产生，而且 N9基因片段产生了变异，可能导致这种病毒对人的高致死率。

新闻：http://fmn.cc/10Vqv7b

http://fmn.cc/10VpMTu

农业部新闻办公室4月4日发布称，国家禽流感参考实验室从上海市送检的松江区沪淮农副产品批发市场鸽子样品中检测到 H7N9禽流感病毒，基因序列分析结果表明，该毒株为低致病力禽流感病毒，与 H7N9禽流感病毒人分离株高度同源。之后上海又检出了19份 H7N9阳性的样品，有关部门对有关的活禽进行了扑杀。

新闻：http://fmn.cc/10VqDmY

http://fmn.cc/10VqDDz

SARS 十周年之际，中国政府选择及时公开新出现的疫情，虽然也有消息称为了防止谣言和社会不安的扩散，中国政府向媒体下达了报道限制。外国媒体认为，如何做好信息公开，得到信任并让谣言止步，将考验中国政府。

新闻：http://fmn.cc/10VqJuV

本周法律新闻

铁道部原部长、党组书记刘志军受贿、滥用职权一案，4 月 10 日已由北京市人民检察院第二分院依法向北京市第二中级人民法院提起公诉。北京市二中院已依法受理该案，将择日开庭审理。媒体称，刘志军涉嫌收受的主要是人民币，约 5000 余万元，还有数十万美元、上

百万港元以及欧元，所有金额折算人民币约 6000 万元。

新闻：http://fmn.cc/10Vq0ij

4月3日，北京律师王全璋在江苏靖江一起涉及宗教的案件开庭时，被法院指违反纪律、扰乱秩序遭到拘留，事件发生后，全国各地的一些律师前往靖江法院和拘留所进行声援，迫于压力，靖江于6日提前释放了王全璋。

新闻：http://fmn.cc/XEKj3c

电影《赤壁》的摄影师徐伟（又名徐少榕）4月3日下午在北京城区与外界失去联系，他的业内朋友在微博上发布了寻人启事，诸多名人进行转发。4日晚，艺术家艾未未在推特上说，徐伟失踪前正为他制作一部短片。目前的消息显示，徐伟被警方认定嫖娼可能会被拘留10天，但当事人表示系被陷害。

新闻：http://fmn.cc/XEKiwi

18年前，上海一对梅氏兄弟被控合谋杀妻害嫂子，法院在主要依靠口供的情况下，认为故意杀人罪成立，判处哥哥死缓，弟弟12年有期徒刑。一名退休的检察官认为这起案件存在重大冤情，耗时7年追寻真凶，但整个过程却充满了重重困难。经过努力，上海方面已经表示会对此案进行核查。

新闻：http://fmn.cc/10VrbJA

http://fmn.cc/10VrfJg

10年前，浙江张氏叔侄被控奸杀一名少女，法院在仅有口供的情况下将二人定罪，3月底，经过核查，浙江高院认定张氏叔侄无罪。获得清白后，张氏叔侄对媒体讲述了当年他们如何因难以忍受连续7天7夜的刑讯逼供而认罪的情况，以及如何通过不懈的努力而重新获得清



白。

新闻：http://fmn.cc/10VrEeT

http://fmn.cc/10VrHqX

4月7日晚，财讯传媒旗下的《LENS》杂志刊登了有关辽宁马三家女子劳教所的长篇报道，其中以被带出劳教所的日记为基础，记述了劳教所对劳教者施行廉价劳作、体罚、蹲小号、被电击、上“大挂”、坐“老虎凳”、缚“死人床”等残酷的管理，成为当天舆情话题第一。辽宁省回应称，已成立调查组，对事件进行调查。

新闻：http://fmn.cc/10VqYWY

江苏省南京市中级人民法院8日一审公开开庭审理了山东省人民政府原副省长黄胜受贿案。黄胜被指控在担任山东省德州市人民政府市长、中共德州市委书记、山东省人民政府副省长期间，先后多次收受国科（齐河）投资有限公司法定代表人蔡红军、德州大酒店有限责任公司原董事长白寒冰等21个单位或个人给予的财物共计折合人民币1223万余元，应以受贿罪追究其的刑事责任。

新闻：http://fmn.cc/10VrLqL

朝鲜半岛局势紧张

本周朝鲜不断向外界发出威胁信号，还有试射导弹的可能，但韩国媒体称，朝鲜最近一再提及战争可能性，并准备试射导弹，但在国内却营造着一派节日气氛，如往年一样紧锣密鼓地准备着朝鲜当做最大节日的金日成诞辰（4月15日）和各种纪念日庆祝活动。

新闻：http://fmn.cc/10VsyrN

中国外交部部长4月6日在同联合国秘书长潘基文通电话时表示，朝鲜半岛是中国近邻，反对任何一方在这一地区的挑衅言行，不允许在中国的家门口生事。中方敦促各方保持冷静克制，推动局势缓和。

新闻：http://fmn.cc/10VsCaU

朝鲜亚太和平委员会发言人4月9日发表声明，要求旅韩外国人做好应急和疏散准备。声明称，朝鲜不希望在战争打响时看到韩国境内的外国人受到损失，在此告知韩国境内的所有外国人、企业和外国游客等，有必要为保障自己人身安全制定应急和疏散方案。前一天，朝鲜宣布撤回与韩国合作的开城工业园区内所有朝鲜劳务人员。

新闻：http://fmn.cc/10VstEk

http://fmn.cc/10VssQO

海关总署4月10日公布数据称，2013年1季度，中朝双边贸易总值为13.1亿美元，下降了7.2%，占中国对外贸易总值的0.1%。其中，中国对朝鲜的出口7.2亿美元，下降了13.8%；中国自朝鲜的进口为5.9亿美元，增长了2.5%；对朝贸易顺差为1.3亿美元，收窄了49.6%。

媒体称现在北京对当地居住的朝鲜人的管束也更加严格，并加强了对地下银行、朝鲜餐厅的偷税等现象的取缔力度。

新闻：http://fmn.cc/XEKeMO

央视证实，4月10日开始，延边各旅行社接到通知，从今天起停止向朝鲜发团，原定本月28日直飞平壤的包机也宣布取消。原因是日前半岛局势剑拔弩张，朝鲜先后通知“驻朝使馆国际机构”和"旅韩外国人"准备撤离，此外还有消息称朝鲜将发射中程导弹。

新闻：http://fmn.cc/10Vsk3V



本周其它重点新闻

埋有唐代著名高僧玄奘法师灵骨的西安兴教寺，正面临大规模拆迁。当地政府给出的拆迁原因，是丝绸之路联合申遗的需要。但联合申遗名单上只有兴教寺塔，不包括寺庙内其他建筑。根据《西安市长安区丝绸之路申报世界文化遗产工作领导小组关于兴教寺塔申遗工作任务安排的通知》，目前兴教寺三分之二的建筑将要被拆除。

新闻：http://fmn.cc/10Vkrvf

近日，苹果以含有违禁内容为由下架了一款读书应用，据应用开发者表示，其中含有中国作家王力雄三本有关西藏的书籍，但是不知苹果的审查行为是否与近来他们在中国遭遇的批评有关。此外，媒体还批评苹果应用商店审查不严格，导致出现含有邪教书籍的应用，按照法律规定可以被追究刑事责任。

新闻：http://fmn.cc/Zov74B

http://fmn.cc/10VrTXl

全国肿瘤登记中心发布的《2012中国肿瘤登记年报》数据显示，中国癌症发病形势严峻，发病率与死亡率呈持续上升趋势。报告称，“中国每年新发癌症病例约350万，因癌症死亡约250万。”“全国每6分钟就有1人被确诊为癌症，每天有8550人成为癌症患者，每7到8人中就有1人死于癌症。”

新闻：http://fmn.cc/10Vs2Kp

华远地产董事长任志强在博鳌亚洲论坛2013年年会的分论坛“经济转型与楼市调控”上表示，中国官员分的房子都不是房管局办的房产证，都是国管局管的。没在房管局系统里，这是国

家的机密。

新闻：http://fmn.cc/10Vs1Gl

英国当地时间周一，英国前首相撒切尔夫人的发言人向外界证实，撒切尔夫人因中风在家中去世，享年87岁。撒切尔在1979年至1990年期间任英国首相11年，是英国19世纪初以来在任时间最长的首相，也是唯一的女首相，因推进改革挽救英国经济、与阿根廷的战争等强硬作风被称作“铁娘子”。

新闻：http://fmn.cc/10Vs9FN

4月11日，中国各大影城接到中影集团通知，原定当日上映的昆汀作品《被解救的姜戈》因技术问题，全国临时暂停上映。关于该片被临时暂停上映的原因猜测纷纭。据部分业内人士透露，是因为片中出现了白人裸露生殖器的镜头。

新闻：http://fmn.cc/YnJ8o7

http://fmn.cc/10Vs9p6

今年2月27日，安徽异议人士张林之女、就读于合肥市琥珀小学的张安妮下午放学时，被便衣警察带走并关押在琥珀山庄派出所20多个小时，该小学之后以造成不良影响为由拒绝张安妮复学的要求，张氏父女的遭遇引发不少人士的声援。

新闻：http://fmn.cc/XEK9ss

【回到目录】



主编：方可成

编辑：王陶陶，刘垚，夏景，童亚琦

设计：潘雯怡，王添裕，肖承捷

校订：常仁豪

出品人：杜婷

若希望订阅此电子周刊 doc 版请发空邮件至 cochinaweeklydoc+subscribe@googlegroups.com；若订阅 pdf 版请发送至 cochinaweeklypdf+subscribe@googlegroups.com；mobi 版至 cochinaweeklymobi+subscribe@googlegroups.com；epub 版至 cochinaweeklyepub+subscribe@googlegroups.com。

此电子周刊由「我在中国」（Co-China）论坛志愿者团队制作，「我在中国」（Co-China）论坛是在香港注册的非牟利团体，论坛理事杜婷、梁文道、闾丘露薇、周保松。除了一五一十周刊之外，Co-China 每月还在香港举办论坛，并透过网络进行视频、音频和文字直播。2012 年开始 Co-China 在香港举办面向青年的夏令营，第一届主题为「知识青年，公共参与」，2013 年夏令营的主题是「始于本土：本土、国家、世界冲撞与协商」。

Co-China 论坛网址：https://cochina.co

Co-China 论坛新浪微博：CoChina 論壇（http://weibo.com/1510weekly）

Co-China 论坛 facebook：「我在中國」（Co-China）論壇（https://www.facebook.com/CoChinaOnline）